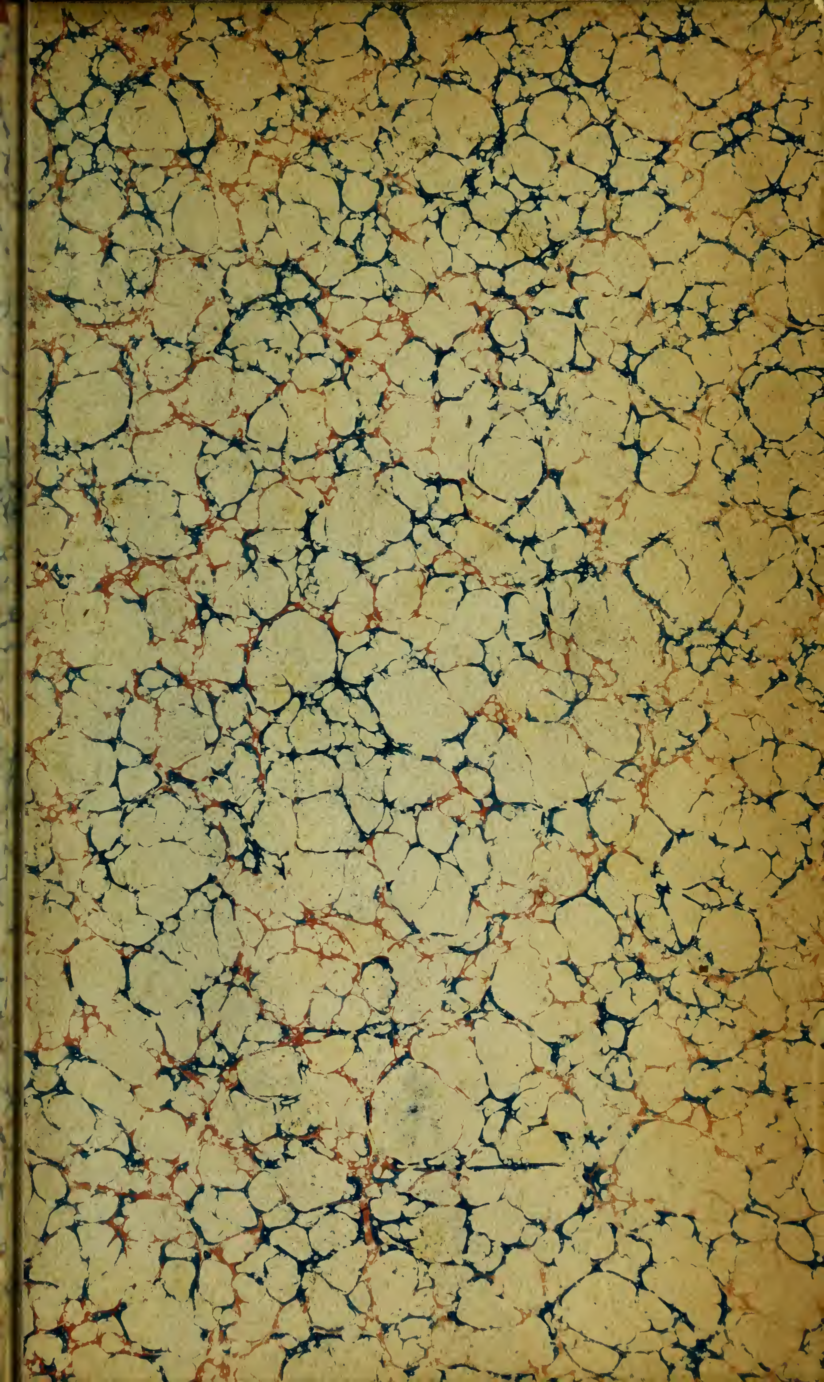

22101773229



PRÉCIS ICONOGRAPHIQUE

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

PRÉCIS ICONOGRAPHIQUE

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

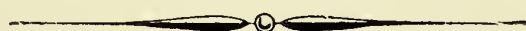
PAR

M. A. CULLERIER

Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Membre de la Société de chirurgie de Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

Dessins d'après nature par M. Léveillé.

GRAVURES AU BURIN SUR ACIER.



PARIS

LIBRAIRIE DE MÉQUIGNON-MARVIS, ÉDITEUR,

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE LE JARDIN DE CLUNY.

1861.

INTRODUCTION

L'usage a prévalu de réunir sous le titre commun de *maladies vénériennes*, toutes celles qui reconnaissent pour cause le rapprochement des sexes, et l'on confond ainsi des affections de nature entièrement différente : les unes, purement inflammatoires, sans gravité par elles-mêmes, bien qu'elles puissent entraîner des complications sérieuses et inquiétantes, n'ont sur l'économie qu'une prise passagère semblable à celle que peut déterminer toute phlegmasie aiguë, ce sont les affections blennorrhagiques; les autres retentissant sur la constitution entière, s'attaquant à tous les tissus et produisant, ou, pour être plus exact, dépendant d'un état diathésique tout particulier, ce sont les affections syphilitiques.

Le début des affections blennorrhagiques est toujours chez l'homme l'inflammation du canal de l'urèthre, chez la femme celle de ce canal, de la vulve, du vagin ou du col utérin. Si l'on se rappelle la richesse de vascularisation des organes génito-urinaires dans l'un et l'autre sexe, si l'on réfléchit à l'état d'éréthisme nerveux dans lequel ils se trouvent avant et pendant le coït, on ne s'étonnera pas de la fréquence de l'inflammation de la muqueuse qui les revêt, dans les rapports de santé parfaite et à plus forte raison dans les cas de maladie, aussi la blennorrhagie est-elle le symptôme vénérien le plus fréquent après le rapprochement des sexes. C'est un fait d'observation qu'on échappe plus souvent à une contagion virulente qu'à une contagion inflammatoire; il semble que dans le premier cas, une disposition particulière de l'économie doit intervenir pour donner prise à l'action du principe spécifique.

Il ne faudrait pas croire, cependant, qu'un excès de vitalité des membranes muqueuses soit absolument nécessaire à la production de leurs phlegmasies. Des femmes dans l'état de calme le plus parfait et même pendant le sommeil provoqué ou naturel ont pu

être infectées. Des enfants dans un âge où le sens génésique n'est pas encore développé ont également pu subir les effets d'un contact infectieux. D'ailleurs, on voit fréquemment des affections catarrhales génito-urinaires en dehors du coït et dépendant d'une modification momentanée de la santé habituelle.

Quand je traiterai de la blennorrhagie j'aurai à en discuter la nature et j'arriverai, je l'espère, à prouver que son essence est tout à fait simple, qu'elle n'a rien de spécifique, que c'est une affection toute locale, qui se conduit comme les inflammations ordinaires et qui jamais n'a de retentissement ultérieur sur la constitution.

Les affections syphilitiques dont la source la plus ordinaire est aussi le coït, mais qui fréquemment se produisent en dehors de l'accomplissement de cet acte, n'ont besoin pour se développer que du contact d'une surface saine avec le produit d'une surface malade. Leur début est toujours un chancre. Elles constituent un ensemble morbide, la syphilis, la vérole, que l'on peut définir ainsi : maladie virulente, contagieuse, héréditaire, à marche à peu près régulière, n'attaquant communément l'individu qu'une seule fois pendant le cours de son existence ; susceptible de guérison, mais pouvant, dans des cas heureusement exceptionnels, durer autant que la vie. Maladie, est-il permis d'ajouter, qui a toujours existé. C'est à développer cette définition qu'est consacrée l'introduction de ce livre.

Étude de la syphilis.—C'est à la clinique qu'il faut demander la connaissance des maladies syphilitiques, mais avant d'aborder le lit d'un malade il est bon de savoir au moins ce qu'on peut étudier, et pour cela il convient d'avoir pris un aperçu de la science dans les ouvrages didactiques.

La lecture des auteurs anciens ne doit venir que lorsqu'on a déjà acquis des notions plus étendues, mais alors cette lecture est fructueuse et elle est indispensable : fructueuse, en ce sens qu'on y voit des descriptions dont l'exactitude est frappante, à plusieurs siècles de distance ; indispensable, parce qu'elle enseigne que des théories acceptées de nos jours comme nouvelles, ont déjà eu cours dans la science et qu'elles n'ont été qu'oubliées. Pour ne parler que de quelques-unes des meilleures sources où l'on doit puiser, qu'on lise Fallope, Fernel ou Thiery, de Hery, et l'on sera étonné de la limpidité et de la précision de leurs tableaux. Au point de vue de l'historique des maladies vénériennes, qui aujourd'hui oserait en traiter s'il n'a pas lu Astruc?

Mais il faut savoir faire un choix dans ses lectures, car la bibliographie vénérienne est encombrée de matériaux vides de science et d'intérêt. A part certains ouvrages classiques, graves et consciencieux, combien d'auteurs, en effet, semblent n'avoir écrit qu'en vue d'une théorie qu'ils s'étaient faite à l'avance, ou bien encore dans un but tout spéculatif, mais en sachant lui donner une sorte de vernis scientifique? C'est ce qui ressort des deux compilations si curieuses en même temps que si utiles à consulter, connues sous le nom d'Aphrodisiaques: l'une d'Aloysius Luisinus, qui comprend à peu près tous les auteurs qui se sont occupés des maladies vénériennes de 1494 à 1560, c'est à-dire aux contemporains ou à peu près de la grande épidémie du XV[e] siècle; l'autre, plus récente, de Gruner, d'Iéna, éditée à la fin du siècle dernier, qui complète la première, en fournissant des documents nouveaux.

Mais on aurait beau lire la description d'une maladie syphilitique, on aurait beau en voir la représentation par le dessin le plus exact, si déjà on n'a pas observé sur le malade, description et image ne seront d'aucune valeur. Pour ne citer que deux exemples, certes le chancre induré est bien décrit par beaucoup d'auteurs, ses caractères physiques, si variés qu'ils se présentent à l'observateur, peuvent être scrupuleusement indiqués, et cependant l'élève qui aura fait passer sous ses doigts, même un petit nombre d'indurations, les reconnaîtra plus sûrement que celui qui en aura lu seulement la description la plus parfaite et la plus minutieuse. Si l'on n'avait jamais vu la roséole sur le vivant serait-on capable de la diagnostiquer, parce que l'on aurait appris, dans un livre, que l'un des caractères des éruptions syphilitiques, est la teinte dite cuivrée qu'elles présentent.

La clinique, base de toute étude et de toute pratique est donc indispensable, elle consiste, étant donné un malade, à bien constater le symptôme qu'on a sous les yeux, à en déterminer la nature, et autant que possible la date, à chercher avec soin les antécédents par l'interrogatoire du malade et aussi par l'examen de toute sa personne, enfin dans quelques circonstances, à comparer l'individu infecté avec l'individu infectant.

La détermination du symptôme qu'on a sous les yeux est quelquefois difficile, d'abord parce que ses caractères ne sont pas toujours bien accentués, et ensuite parce qu'une complication quelconque, inflammatoire, diphthéritique ou gangréneuse, peut en changer complétement l'aspect normal; parce que la lésion pre-

mière est quelquefois cachée, tel un chancre sous le prépuce naturellement ou accidentellement phimosique, tel le même symptôme dans un organe inaccessible à la vue, le canal de l'urèthre sain d'ailleurs ou simultanément affecté d'une inflammation de toute autre nature. Dernière circonstance bien capable d'obscurcir l'observation la plus attentive et de faire porter un diagnostic inexact

L'interrogatoire à faire subir au malade n'offre pas moins de difficultés, et ce n'est pas sans raison que Hunter a pu dire que l'ignorance et la mauvaise foi sont les deux plus grands écueils de l'étude des maladies vénériennes. Ignorance parfois il est vrai, de la part du médecin, mais ignorance surtout de la part du malade. Souvent, en effet, il nous trompe, mais de bonne foi, sans intention et en se trompant lui-même. Ainsi combien ne rencontre-t-on pas de sujets, dans toutes les classes de la société, qui, ignorant que le moindre contact suffit pour que l'infection se produise, sont convaincus qu'une maladie vénérienne ne peut se gagner que par le coït et même si celui-ci est entièrement consommé.

L'incubation de la syphilis est de leur part une cause fréquente d'erreur, et parce qu'ils ne comprennent pas qu'une maladie puisse rester si longtemps avant de se déclarer, et parce que, si depuis le contact infectieux, ils ont eu d'autres rapports sexuels, c'est en général au dernier qu'ils attribuent leur maladie.

Cependant le malade peut chercher à tromper le médecin en connaissance de cause. Ainsi il est des modes de contagion que la honte empêche d'avouer, le contact de la bouche avec les parties génitales et surtout la sodomie; l'aveu de cette pratique est presque toujours impossible à obtenir. L'amour-propre est un mobile qu'on rencontre fréquemment, l'intérêt plus souvent encore. Ce sera une femme qui déclarera avoir été infectée par un homme pour lui extorquer de l'argent. Ce sera une nourrice qui prétendra avoir été infectée par son nourrisson, alors qu'elle saura bien qu'elle a gagné la vérole d'une tout autre façon. Je pourrais citer un grand nombre de faits de cette sorte de chantage, et je ne saurais trop engager les médecins à se mettre en garde contre ces accusations. Les cas d'infection réelle par la lactation sont malheureusement déjà trop abondants. N'acceptons donc qu'avec réserve les dires des malades, prenons-en note, mais sachons varier nos questions et revenons sur elles fréquemment.

Dans les affections syphilitiques secondaires, le malade niera le symptôme d'entrée, c'est alors qu'il faut savoir faire un examen

direct, c'est alors que les organes génitaux devront être explorés avec le plus grand soin, et c'est alors aussi qu'on pourra retrouver la trace du chancre d'infection ou une induration ganglionnaire persistante qui convaincront le malade d'oubli ou de mensonge.

Dans les affections plus tardives de la période tertiaire, lorsqu'on est certain qu'il y a eu maladies de la peau, ce ne sont plus les organes génitaux seulement qu'il faut examiner, c'est tout le tégument externe, et si la lésion cutanée a été profonde et ulcéreuse, on retrouvera les stigmates qui permettront de rappeler au malade ses antécédents dont, à la rigueur, il pourrait avoir perdu le souvenir.

La clinique, ai-je dit, peut tirer parti de la comparaison du malade infecté avec le malade infectant, c'est ce qu'on a désigné dans ces derniers temps, sous le nom de système des confrontations. Introduit dans la science par M. Bassereau, ce système a pu être utile pour les cas où la détermination d'un symptôme laissait quelques doutes, mais il ne faut pas en exagérer la valeur. Deux individus s'accusent réciproquement de s'être donné la syphilis, la confrontation pourra indiquer le point de départ, et si l'on trouve l'homme atteint d'un chancre et la femme ayant des plaques muqueuses, on sera bien près de la vérité en affirmant que c'est de cette femme qu'il tient son chancre. Mais aussi on peut les trouver tous deux au même point de l'évolution syphilitique, chez l'un et chez l'autre, de la roséole, des plaques muqueuses. On comprend que, dans ce cas, la confrontation soit à peu près illusoire, à moins qu'on ne tienne compte de la constitution des deux malades, car plus celle-ci est lymphatique, faible et délicate, plus, en général, la syphilis marche vite ; mais ce serait une grande légèreté que de se décider par cette seule considération, puisqu'on trouve chez les deux termes de la contagion des accidents analogues.

Une nourrice et un nourrisson présentent tous deux des symptômes de syphilis, naturellement on est porté à supposer qu'ils sont dus de celui-ci à celle-là. L'examen de la femme et de l'enfant détruira la supposition, si l'on trouve en même temps que des plaques muqueuses au sein, un chancre ou les traces d'un chancre aux parties génitales. De même, si l'on voit un nourrisson syphilitique, et que l'on constate que c'est par le sein qu'a débuté la maladie de la nourrice, c'est le nourrisson qui doit être accusé.

La confrontation des malades rendrait de grands services, s elle pouvait être faite dans un temps très-rapproché de celui de la

contagion. Plus on s'en éloigne, moins elle est utile, aussi n'est-ce pas sans raison que l'habile rédacteur des leçons de M. Ricord sur le chancre, le Dr A. Fournier, grand partisan de ce moyen a pu dire: « Il faut, pour une observation rigoureuse, que la confron-» tation des malades ait lieu de bonne heure, or cette condition » est très-rare à rencontrer, elle force à sacrifier les sept hui-» tièmes des cas qui se présentent. »

On a pu croire un instant que le système des confrontations pourrait venir en aide à la médecine légale, et à l'appui de cette prétention on a cité le fait rapporté par le docteur Clerc dans son mémoire sur le chancroïde. « Il y a deux ans, un juge d'instruc-» tion, M. G..., nous mande dans son cabinet et nous soumet quel-» ques ordonnances de l'un des malades de notre dispensaire » inculpé de viol sur une jeune enfant, et nous demande quelle » affection cet individu a pu communiquer. Ce malade était atteint » au moment de son arrestation d'un chancre non cicatrisé, et de » plaques muqueuses du pourtour de l'anus. Nous répondons à » M. G... que le malade a dû communiquer un chancre de même » variété que celui qu'il portait, c'est-à-dire un chancre induré » infectant fatalement, suivi de quelques-uns des symptômes de » la syphilis généralisée. M. G... nous fait connaître alors le cer-» tificat du médecin qui avait soigné la jeune enfant d'une syphilis » constitutionelle récente. »

Mais tous les faits sont loin d'être aussi simples que celui de M. Clerc, et dans des cas autrement difficiles, comme par exemple la transmission de chancres de formes différentes, on devra trouver peu de médecins qui voudraient assumer la responsabilité d'un jugement qui n'aurait pas d'autres bases que celles de la théorie.

L'étude des maladies vénériennes s'est faite aussi au moyen de l'expérimentation, et c'est à l'inoculation que l'on s'est adressé. Je dis s'est faite, car si pendant vingt-cinq ans l'école de M. Ricord à l'exemple de Hunter, en a fait le criterium de sa doctrine, elle est aujourd'hui à peu près complétement abandonnée, parce qu'elle n'a plus rien à enseigner, et parce qu'on a reconnu les erreurs auxquelles elle peut entraîner.

L'inoculation consiste à prendre le produit d'une sécrétion quelconque, et à le porter dans la peau, soit du malade lui-même, auto-inoculation, soit dans celle d'un sujet sain. Elle se pratique avec la lancette comme la vaccination, par scarification, par dénudation du derme au moyen de la vésication, ou encore en main-

tenant dans un contact prolongé la partie malade avec le tissu sain. Cette dernière, plus difficile et plus pénible à expérimenter, a été faite plus rarement.

C'est l'inoculation sur le malade lui-même que M. Ricord a toujours mise en usage. C'est elle aussi qui avait entraîné Hunter à nier la virulence des accidents constitutionnels, et à ne considérer comme contagieux que l'accident primitif. La connaissance plus approfondie des variétés du chancre a démontré jusqu'où allait, à ce dernier égard, la fausse interprétation de Hunter. C'est par milliers que l'on compte les inoculations pratiquées sur le malade lui-même, j'en reparlerai en traitant de la blennorrhagie, car elles ont eu, à propos de cette affection, un grand retentissement et l'on verra qu'elles peuvent être réduites à peu près à néant.

Si ce mode d'expérimentation n'a pas répondu aux conséquences qu'on en attendait, il faut au moins reconnaître aussi qu'il ne mérite pas tous les anathèmes qu'on a lancés contre lui, et à part un très-petit nombre de faits malheureux de phagédenisme qui ont été la conséquence de quelques inoculations chancreuses, le seul reproche que l'on soit en droit de lui adresser aujourd'hui, c'est d'avoir été inutile.

Les inoculations de sujet malade à sujet sain, quoiqu'en nombre infiniment plus restreint, ont rendu d'éminents services parce qu'elles étaient plus logiques; mais pour s'y livrer, il fallait un certain courage que tout le monde n'a pas eu, et il y avait des considérations humanitaires, devant lesquelles bien des expérimentateurs ont reculé.

C'est encore Hunter qui, dans l'étude des maladies vénériennes, l'a pratiquée le premier en s'inoculant à lui-même de la matière blennorrhagique d'un de ses malades, expérience vaine de laquelle il a tiré des conséquences erronées; mais il n'en a plus été de même lorsque Wallace, Waller, Rineker, l'anonyme du Palatinat, plus récemment Vidal (de Cassis), Melchior Robert, M. Gibert et d'autres encore ont osé inoculer le principe syphilitique, et ont ainsi démontré péremptoirement la contagion des accidents secondaires; en dernier lieu, les remarquables expériences de Pellizari (de Florence), devant lesquelles il est actuellement impossible de nier la virulence du sang Si l'inoculation du malade au sujet sain n'a fait que confirmer ce que la clinique enseignait, il est du moins un fait qu'elle a mis en relief, c'est la longue incubation qui sépare le moment de la contagion de celui de l'apparition de la ma-

nifestation locale pour l'appréciation de laquelle on était entièrement à la discrétion des malades.

A plusieurs reprises déjà on a espéré trouver le champ libre pour l'expérimentation, en agissant sur les animaux. Pratiquée il y a presque un siècle, par Turnbull et par Hunter, puis, plus près de nous, par mon père, et de nos jours, par MM. Ricord, Puche, de Castelnau, elle n'avait jamais eu que des résultats négatifs, lorsqu'il y a une quinzaine d'années elle fut reprise, prétendait-on, avec succès. Or à cette époque je me livrai à un certain nombre d'expériences, que je variai à l'infini sur cinq espèces d'animaux, le chien, le chat, le lapin, le cabiai et le singe, et je n'ai jamais rien obtenu, quelque sécrétion morbide que j'aie inoculée. Cependant des observateurs dignes de foi, Melchior Robert, le docteur Robert de Weltz et M. Diday, ont repris sur l'animal du pus d'inoculation d'un chancre mou, ont eu le courage de le porter sur eux-mêmes, et ont vu se développer au point inoculé un chancre mou. Je pense néanmoins qu'il n'y a dans ces faits que des exemples de contagion médiate, le pus virulent ayant été déposé dans la peau de l'animal, comme on peut le faire sur un corps inerte d'où on le reporte, conservant toute sa puissance, sur l'organisme sain.

On n'a jamais vu un chancre mou en progrès sur aucun animal, on n'y a jamais observé l'adénite purulente, compagne si fréquente de cette sorte de chancre. Aussi, comme je l'ai dit dans le mémoire publié, il y a seize ans, parmi ceux de la Société de chirurgie : Il n'y aura de véritable inoculation du chancre mou de l'homme au singe ou à un animal quelconque, que lorsqu'on aura déterminé une ulcération suppurante qu'on lavera à plusieurs reprises afin de la débarrasser complétement du pus qui y aura été déposé, et dont on transportera ensuite la sécrétion, soit sur l'animal lui-même, soit sur l'homme ; jusque-là il ne me sera pas possible de voir autre chose que le dépôt d'un produit chancreux avec production d'inflammation suppurante, ce produit ayant agi comme irritant, mais comme irritant simple.

L'inoculation du chancre induré ou de la sécrétion des accidents secondaires, n'a pas eu plus de résultats. Pas d'induration spécifique, pas de ganglionite indolente, rien sur le tégument. A l'époque où je fis mes expériences, un singe, sur lequel un autre que moi avait pratiqué de nombreuses inoculations, mourut, et sur sa peau quelques personnes crurent reconnaître de l'exanthème syphilitique, mais il était impossible de trouver là le moindre ca-

ractère, même phlegmasique, à des taches ecchymotiques dépendant du décubitus cadavérique, peut-être même du dépècement de l'animal. Ce singe, d'ailleurs, était malade depuis longtemps, dans un état de marasme avancé, mais ce n'était pas la vérole qui l'avait réduit là, c'était une phthisie tuberculeuse des mieux conditionnées, comme j'ai pu m'en assurer moi-même, car je dus alors, à l'obligeance de M. Emmanuel Rousseau, chef des travaux anatomiques du Muséum, d'en faire la nécropsie, et j'ai constaté des tubercules, soit à l'état de crudité, soit à l'état de ramollissement, dans les poumons, dans le foie, la rate, le mésentère et les intestins. La mort de cet animal n'a donc rien eu d'extraordinaire, même après les expériences qu'il avait eu à subir. Il était mort comme meurent sous notre climat la plupart de ses pareils, et comme est mort aussi celui sur lequel j'ai expérimenté.

J'ai vu les ulcérations que M. Robert de Welz tenait de l'inoculation prise sur un singe, et j'y ai reconnu les caractères du chancre mou, moins toutefois l'adénite suppurée ; je ne mets pas en doute les faits de Melchior Robert et de M. Diday. J'explique les uns et les autres par la transplantation pure et simple ; mais si, contre mon opinion, ils prouvent l'inoculabilité du chancre mou, il est toujours acquis qu'on n'a jamais observé sur aucun animal un symptôme de la syphilis constitutionnelle, qui reste exclusivement le triste apanage de l'espèce humaine.

Historique. — Aucun point de pathologie n'a donné lieu à un plus grand nombre d'écrits, à de plus patientes et de plus laborieuses recherches, que celui qui a trait à l'historique de la syphilis, et cependant, après tant de travaux, il faut reconnaître qu'il est encore entouré d'une grande incertitude, que les diverses opinions qu'il a soulevées, présentent en leur faveur des arguments puissants, et que cette question, quelque soin qu'on apporte à l'étudier, se juge par sentiment bien plus qu'elle ne se démontre.

Deux systèmes sont en présence, celui qui admet que la syphilis a existé dans l'antiquité, celui qui ne la fait dater que de la fin du XVe siècle. Parmi les auteurs qui ont soutenu l'antiquité de la syphilis, je citerai principalement Sanchez, Jourdan, Rosenbaum et M. Cazenave.

Dans ce système on croit, avec raison, que ce qui fait que l'on nie l'existence de la syphilis dans les temps les plus reculés, c'est l'absence d'un corps de doctrine complet, bien qu'on en trouve tous les éléments épars et dissociés. C'est aussi la répugnance que l'on ait avoir été partagée par les médecins à s'occuper de cette mala-

die, répugnance qui se trouve manifestemement formulée par Celse, dans un passage très curieux de son quatrième livre. Aussi que devait-il arriver? c'est que les malades s'adressaient plus volontiers aux médicastres, comme cela est si fréquent encore de nos jours, et même aux prêtres, ainsi qu'on peut s'en assurer dans un écrit fort remarquable sur la médecine qui se faisait dans les temples, publié il y a quelques années par le docteur Gauthier (de Lyon).

La source la plus ancienne où l'on pourrait trouver quelques indications de la syphilis, c'est la Bible. Le *Lévitique* est, on le sait, très explicite sur ce qui a trait à la blennorrhagie dans l'un et l'autre sexe, mais il est assez obscur sur les autres maladies des organes génitaux; cependant la plaie dont étaient frappés les hommes qui fréquentaient les autels de Baal, pourrait bien se rapporter aux ulcérations de la verge. On trouve aussi dans la Bible un passage qui peut-être a trait aux maux vénériens, ce sont les lamentations du roi David sur les atroces douleurs qu'il ressentait dans les os.

Parmi les ouvrages des médecins, et c'est là surtout qu'on doit rechercher les renseignements, il faut citer comme date plus éloignée un livre de médecine indoue de Suçrutas, traduit par Hesler (d'Erlangen), qui contient la description d'ulcérations variées des organes génitaux, et qui, de plus, parle longuement des éruptions de la paume des mains et de la plante des pieds. (*Suçrutas Ayurvedas*, texte sanscrit, traduction latine de Essler, Erlangen, 1844.)

Suçrutas, au dire de plusieurs auteurs, ne serait qu'un nom générique pour indiquer l'homme studieux et avide de tout connaître. C'est l'opinion du docteur Liétard, auquel on doit une étude très-remarquable sur la médecine indoue.

S'il fallait en croire un ouvrage paru récemment (*La médecine chez les Chinois*, par le capitaine Dabry, 1863), il n'y aurait aucun doute que les maladies vénériennes et syphilitiques n'aient été observées et décrites en Chine, dans les temps les plus reculés. Un auteur, du nom de Hoan-ty, qui vivait 2637 ans avant Jésus-Christ, aurait traité de la blennorrhagie avec ses complications de cystite, de néphrite et d'épididymite. Il aurait décrit le chancre dont il distinguait deux variétés, dont l'une suppure beaucoup et dont l'autre laisse échapper seulement de la sérosité, chancres accompagnés de tumeurs; il aurait même très-bien connu le chancre intra-uréthral, facile à constater, dit-il, par la nature du

pus qu'il produit, qui n'est plus le même que celui de la blennorrhagie, et aussi par la douleur ressentie dans un point fixe et *durci* du canal.

« Les chancres paraissent du troisième au neuvième jour après le coït infectant.

» Le bubon peut provenir d'un coït infectant sans accompagnement de chancre ni de blennorrhagie, il peut être le résultat de l'un ou de l'autre. »

Le même auteur parlant des symptômes syphilitiques généraux, dit : « Il arrive quelquefois que plusieurs mois après la guérison d'un accident vénérien, l'individu ressent subitement de la céphalalgie avec fièvre, douleur dans les os et vertiges ; peu de temps après apparaissent sur le front de petites taches rouges cuivrées, la parole est difficile, douleur à la gorge, convulsions légères aux mains et aux pieds. Ces taches se transforment en petits boutons violacés qui, une fois excoriés, donnent issue à un liquide épais d'une odeur fétide. Il peut arriver que le malade éprouve des douleurs dans tout le corps, qui quelquefois ne se font sentir que la nuit. Le nez répand une mauvaise odeur. »

Je cite le livre du capitaine Dabry, non sans faire remarquer qu'il ne faut accepter qu'avec une certaine réserve les documents qu'il renferme, car cet ouvrage, tout savant qu'il est, laisse à désirer par la confusion des époques successives auxquelles les maladies sont décrites.

Hippocrate parle tout au long des ulcérations des parties génitales, des tumeurs des aines, des aphthes ou ulcérations de la bouche, des carnosités sur diverses parties du corps et des éruptions pustuleuses étendues.

Après Hippocrate, Celse décrit deux variétés d'ulcères de la verge, qu'il appelle *ulcera sicca* et *ulcera humida.* Cette division est remarquable surtout en ce qu'elle peut très-bien s'adapter aux chancres mous qui suppurent beaucoup et aux chancres indurés qui suppurent à peine. Celse décrit fort bien aussi le phagédénisme qui peut envahir ces ulcères.

Arétée parle de destruction de la luette et du voile du palais, et il signale la difficulté que les malades ont alors à se nourrir.

Oribase partage, comme Celse, les ulcérations en celles qui sont sèches et en celles qui sont humides.

Galien traite des ulcères du scrotum qu'il semble diviser en deux classes : l'une profonde, l'autre plus superficielle; c'est ce qu'il décrit sous le nom de *psoriasis scroti.* Il signale aussi cer-

taines douleurs du périoste, si vives que le malade, dit-il, croit que l'os lui-même est atteint.

Aétius, Paul d'Égine font tous deux mention des ulcérations de diverse nature et des furoncles qui se développent sur les organes génitaux.

Ce qui ressort de la lecture attentive des auteurs que je viens de citer, c'est qu'ils distinguaient parfaitement les ulcères qui suppurent beaucoup de ceux qui sont presque, ou pour mieux dire, souvent presque secs; or, ces caractères appartiennent aux chancres mous et aux chancres indurés.

Si des auteurs classiques, que je crois être les plus autorisés, on passe aux historiens, on apprend qu'il y avait dans l'antiquité un culte à Priape où des *ex voto* étaient offerts à la divinité en reconnaissance de la guérison des maladies des parties génitales et quand on lit l'*Histoire du Phallus en Grèce*, on y voit que les Athéniens furent punis par Bacchus, qui leur envoya une maladie très-grave des organes génitaux pour se venger de leur peu de dévotion à son endroit.

Parmi les poëtes, et l'on comprend que les poëtes devaient railler ces sortes de maladies, Martial, Perse et Juvénal renferment sur les conséquences de la débauche des descriptions et des insinuations où il est bien difficile de méconnaître des affections spéciales avec leurs caractères contagieux, tels que les chancres, ou avec les désordres qu'elles produisent, tels que la perte de la luette, celle du voile du palais ou même sa perforation osseuse.

On trouve aussi cette altération de la gorge et de la voûte palatine mentionnée dans quelques auteurs sacrés, entre autres saint Paul, dans une certaine de ses épîtres aux Romains.

Il paraît également bien difficile de ne pas voir des accidents de syphilis dans la lésion des lèvres et du menton que les anciens désignaient sous le nom de *mentagre*, et qui se transmettait par les baisers. On ne saurait disconvenir que cela ressemble terriblement à la contagion des accidents secondaires dont certains auteurs modernes exagèrent singulièrement la fréquence. Cette contagion devait d'ailleurs avoir lieu d'autant plus souvent qu'alors l'habitude du baiser était très-générale. Mais, comme le fait remarquer Pline, ce n'était pas de cette manière seulement que la mentagre se gagnait, le contact des lèvres avec les parties génitales en était aussi bien souvent la cause.

J'en dirai autant du *morbus campanus* dont Horace, dans la satire où il fait la description facétieuse de son voyage de Rome

à Brindes, signale les honteuses cicatrices qui stigmatisent le débauché Messius Cicerrus. Platner, qui a commenté le passage d'Horace, n'hésite pas, par de très-bonnes raisons, à rapporter cette maladie à la syphilis, bien que quelques traducteurs, Dacier entre autres, n'aient vu dans le mal de Campanie de leur poëte qu'une affection toute morale. Cependant il est certain que le mal de Campanie était constitué par des lésions physiques. Bond, dont le commentaire aide tant à la lecture d'Horace, et l'érudit Walckenaer disent l'un et l'autre que c'étaient des espèces de verrues ou d'excroissances de chair qui se manifestaient sur le visage et qui étaient plus communes en Campanie que partout ailleurs.

Traversons des siècles et arrivons au moyen âge. Nous trouvons alors Guillaume de Salicet, Lanfranc, son élève, Guy de Chauliac et bien d'autres auteurs qui parlent tous des différents ulcères de la verge, conséquence du coït, et l'on voit aussi que les variétés des engorgements ganglionnaires des aines leur étaient très-bien connues. Avicenne et Albucasis décrivent diverses espèces d'ulcères de la verge, et l'on peut bien se demander si ce qu'ils appellent l'un et l'autre les apostèmes chauds et les apostèmes froids ne correspondent pas à notre adénite indolente et à notre adénite aiguë et suppurée. Mais le plus curieux est sans contredit un nommé Gérard qui reconnut la possibilité de l'infection générale à la suite de quelques-uns des ulcères de la verge. Ce passage est trop explicite pour le passer sous silence : « *Virgo patitur a coïtu cum mulieribus immundis de spermate corrupto vel ex humore venenoso in colle matrius recepto; nam virga inficitur et aliquando alterat totum corpus.* » A part le sperme corrompu, décrivons-nous mieux aujourd'hui la relation des symptômes constitutionnels avec la lésion locale primitive?

La lecture des auteurs que j'ai cités, et qui ont été si bien analysés par Jourdan, par Rosenbaum et par M. Cazenave, montrent donc la vérole existant non-seulement avant le XVe siècle, mais encore dans les temps les plus reculés, et si on ne l'y trouve pas en corps de doctrine, toujours est-il que l'on peut y reconnaître la plupart des symptômes qui la caractérisent à ses différentes phases: le symptôme primitif, cela est hors de doute, dans la description de tous ces ulcères de la verge accompagnés ou non de bubons; les symptômes secondaires, dans les aphthes, les ulcérations de la bouche, les éruptions pustuleuses étendues dont parle Hippocrate, dans les desquamations de la paume de la main et de la plante des pieds que signale le médecin indou, traduit par

Hesler, et dans le *psoriasis scroti* de Galien, dans les ulcérations humides de l'anus que mentionnent Celse et Oribase; les symptômes tertiaires, enfin, dans l'altération des tibias que signale déjà Marcellus Empiricus, et cette perte de la luette, du voile du palais et probablement aussi de la voûte palatine, qui ont pour conséquence la raucité de la voix et le ronflement sur lesquels s'appesantissent les médecins, les poëtes, et que l'on retrouve même dans les pères de l'Église.

Sans doute aucune de ces lésions ne porte le nom qu'elle devrait avoir et n'a été interprété comme nous le faisons aujourd'hui, aussi c'est le cas de répéter ce que disait Schilling à propos de la même question : « *De nominibus non est curandum cum res ipsa nota fuit.* »

Un document très-important pour l'historique de la syphilis avant le XVe siècle est celui qui a trait aux statuts de la reine Jeanne de Provence en 1347, concernant les maisons de prostitution d'Avignon. On trouve indiquées là les précautions les plus grandes à prendre contre les maladies que peut déterminer le coït. La prophylaxie des affections vénériennes, qu'on a beaucoup étudiée et qu'on étudie peut-être trop encore de nos jours, ne renferme guère de plus utiles conseils que ceux qu'on trouve dans ces statuts; aussi quelques auteurs, Astruc entre autres, que l'existence de ce document gênait dans la discussion, ont tout simplement pris le parti ou de les révoquer en doute ou de n'en pas tenir compte, ou d'affecter de croire qu'ils s'adressaient à toute autre maladie. On a bien invoqué, pour prouver l'antiquité de la syphilis, la maladie qui fit mourir Hérode dont, au dire de l'historien Josèphe, les aines étaient gonflées de gros bubons et dont les parties génitales tombaient en pourriture; mais ce n'est réellement pas là de la vérole. J'en dirai autant de l'affection à laquelle succomba l'empereur Galère Maxime. Eusèbe, dans son *Histoire ecclésiastique*, nous apprend bien qu'il était couvert d'apostèmes et d'ulcères fistuleux; mais ces ulcères étaient des fistules urinaires auxquelles il succomba, comme au XVIe siècle notre roi François Ier mourut d'un abcès et d'une fistule de la prostate, et non pas, comme presque tous les chroniqueurs et les historiens l'ont répété, de la vérole, ainsi que je l'ai démontré dans un travail publié dans la *Gazette hebdomadaire*.

Cependant, vers la fin du XVe siècle, il parut dans différentes contrées de l'Europe, mais principalement en Italie et en Espagne, une maladie épidémique jusqu'alors inconnue au dire

de beaucoup d'auteurs qui en furent les contemporains. Voici en quels termes la dépeint P. Pinctor : « La maladie régnante est caractérisée par des douleurs très-vives; quelques-uns cependant souffrent à peine, mais ils sont attaqués de pustules de formes et de grandeur variables. C'est tantôt la face et la tête qu'elles occupent, tantôt c'est le tronc et les membres. Sèches ou purulentes, elles commencent par de petites rougeurs semblables à des piqûres d'aiguille. C'est ainsi qu'on les observe sur le gland et à la vulve, puis elles grossissent et peuvent devenir larges comme la paume de la main ; c'est alors qu'elles occasionnent des douleurs intolérables. L'insolation et surtout la malpropreté semblent en favoriser le développement; mais la cause principale est la contagion qui a lieu par le simple contact, par l'habitation dans les mêmes lieux, mais surtout par l'acte du coït avec une personne qui en est infectée. »

Tous les auteurs du temps insistent sur le caractère pustuleux de la maladie. C'est le dire d'Infessura (1494), de Jean Salicet (1502), de Fulgosi (1509), et de bien d'autres encore.

Naturellement, on chercha à rattacher cette épidémie extraordinaire aux maladies connues depuis longtemps déjà, aussi les uns y virent une exagération de la mentagre, les autres de l'éléphantiasis ou de la lèpre, et comme les diverses affections désignées sous ces dénominations étaient regardées comme contagieuses, on n'avait pas lieu de s'étonner de la vivacité de la contagion actuelle.

Mais d'où venait cette maladie, quel point du globe en avait été le départ? Ici encore les opinions se partagent, et comme un événement des plus remarquables venait d'avoir lieu, je veux dire la découverte de l'Amérique, on imagina de faire de ce pays le berceau de la maladie qui aurait été rapportée en Espagne par les équipages de Christophe Colomb, puis d'Espagne aurait passé en Italie, portée qu'elle y eût été par les soldats de Gonzalve de Cordoue, qui allaient combattre l'armée de Charles VIII après que ce roi se fut emparé du royaume de Naples sur lequel il se croyait des droits; puis on prétendit que, par suite du contact et des rapports de ces grands rassemblements, l'armée française avait été le réceptacle du nouveau fléau, d'où il avait passé, non-seulement en France, mais dans beaucoup d'autres contrées, conservant le nom de *mal napolitain*, parce que c'était à l'occasion de l'expédition contre Naples que la maladie avait éclaté, et sans qu'on tînt compte de cette circonstance, capitale cependant, que la rencontre

de l'armée espagnole conduite par Gonzalve, avec les troupes françaises, n'eut lieu qu'au retour de Naples, ou du moins après qu'elles y eurent séjourné pendant un certain temps, et alors que le gros de l'armée, qui avait suivi le roi, stationnait dans la haute Italie, ou était déjà rentrée en France.

Astruc est, on le sait, un des plus chauds partisans de l'origine américaine de la syphilis, et pour la soutenir, il a fait de grands frais de recherches d'érudition et de ténacité. Girtaner s'est aussi constitué le défenseur de cette opinion. Ils ont soutenu l'un et l'autre que l'apparition de la vérole en Europe date du premier retour de Christophe Colomb, et que la maladie éclata dans les quatre endroits où l'amiral et ses gens prirent terre, à Lisbonne, à Séville, en Galice, mais surtout à Barcelone; qu'elle était très-répandue aux Antilles et sur le continent, mais qu'elle ne déployait pas autant de fureur qu'elle le fit depuis en Europe; qu'elle paraît n'avoir été chez les Américains qu'une simple maladie cutanée, une espèce de gale; enfin qu'apportée en Europe, elle y fit des progrès rapides, et qu'elle passa dans l'armée de Gonzalve de Cordoue, par ceux qui l'avaient rapportée d'Amérique ou seulement contractée en Espagne.

Pour soutenir cette manière de voir, on s'est appuyé sur le témoignage de quelques auteurs contemporains, sur Oviedo principalement qui a écrit une histoire de l'Amérique, et qui y a même exercé le pouvoir (pouvoir tyrannique et cruel) au nom du roi d'Espagne. Oviedo est, dit-on, un historien peu véridique, dans lequel il est permis de n'avoir pas une grande foi. On prétend que c'est pour excuser ses cruautés vis-à-vis ce peuple nouveau qu'il jugea à propos de l'accuser d'avoir donné la vérole à l'Europe, alors qu'on ne trouve aucune mention de ce mal dans l'ouvrage du fils de Colomb, ni dans celui d'Antonio Ulloa, pas plus que dans les chroniqueurs de Cortez et de Pizarre. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme de cet auteur, on ne peut disconvenir qu'il y a dans ses écrits une circonstance bien singulière, c'est que dans son premier ouvrage il se tait complétement sur l'état sanitaire des équipages de Colomb lors de son premier retour, et il ne signale la maladie sur les matelots ou sur les indigènes qu'au retour du second voyage. L'histoire nous apprend, en effet, que ce n'est qu'à cette dernière époque que l'amiral ramena des indigènes, mais elle nous apprend aussi que la maladie qui les dévorait, et qui les fit périr presque tous sur la terre d'Espagne, était, avec la nostalgie, une fièvre de langueur et probablement la phthisie pulmonaire.

Voici les notes que je trouve dans l'ouvrage de Washington Irving sur Christophe Colomb : « Au premier retour, le départ fut retardé par l'absence de quelques Indiens qu'il devait ramener en Espagne. Au second retour (1496), il y avait sur son bâtiment trente Indiens, parmi lesquels plusieurs chefs que Colomb avait promis de ramener dans leur île, et de rétablir dans leur puissance après qu'il les aurait conduits voir le roi et la reine de Castille. » Si ce point historique était bien avéré, il est évident que l'échafaudage de l'origine américaine s'écroulerait, puisque Colomb ne revint de son second voyage qu'en 1496, et que c'est en 1495 que l'armée espagnole passa en Italie où l'épidémie existait déjà et où déjà elle était désignée sous le nom de *morbus gallicus*.

On invoque encore le témoignage de Diaz de Isla, médecin de Séville, qui dit que, peu de temps après le retour de Colomb, la ville de Barcelone fut infectée d'un maladie affreuse et pestilentielle, pour laquelle on eut recours à des prières publiques afin d'en obtenir la cessation. Mais il convient de remarquer que Colomb n'emmena avec lui qu'une suite très-peu nombreuse lorsqu'il alla à Barcelone se présenter à la cour. Comment croire que ceux qui l'accompagnaient aient pu propager dans un laps de temps si court une maladie aussi terrible que celle dont parle Diaz de Isla? Comment se fait-il donc qu'aucun de ceux qui auraient pu être les témoins de cette épidémie n'en fassent pas mention ; qu'Oviedo lui-même n'en parle pas ; qu'un historien beaucoup plus véridique, Pierre Martyr, n'en dise pas un mot, alors qu'il parle longuement dans ses lettres des pérégrinations de l'amiral à travers l'Espagne et de la réception que lui firent Ferdinand et Isabelle? On a d'ailleurs fait cette juste remarque que si les matelots de Colomb avaient été la cause première de la maladie qui éclata à Barcelone, cette maladie aurait dû paraître aussi dans les autres lieux où ils avaient séjourné avant d'y arriver, aux Açores, en Portugal, à Séville. Enfin il ne faut pas oublier que c'est sur les équipages de la seconde expédition et non pas de la première que l'on constata quelques cas de maladie.

L'origine américaine de la syphilis a été soutenue par un historien d'un mérite supérieur, Guichardin, mais quelque confiance que puisse inspirer cet écrivain, on peut bien suspecter son opinion, car il n'a pas pu juger par lui-même ; son ambassade auprès de Ferdinand le Catholique n'ayant eu lieu que vingt ans après la découverte de l'Amérique, il n'a guère pu que répéter le dire d'Oviedo.

Astruc et Girtanner ont cité bien d'autres auteurs dont les ouvrages semblent copiés les uns sur les autres. Fallope lui-même, qui partage le sentiment d'Oviedo, et qui répète l'histoire de la propagation de la maladie par les troupes de Gonzalve, a écrit beaucoup trop tard pour qu'on puisse ajouter grande foi à sa manière de voir. Disons enfin qu'en 1546 Fracastor ne pouvait concevoir qu'un vaisseau arrivé du nouveau monde eût suffi pour propager la maladie sur tous les points de l'Europe.

En effet, si Fracastor, Benivieni et d'autres auteurs font partir l'épidémie d'Espagne pour de là se répandre en Italie, c'est antérieurement aux voyages de Christophe Colomb que cette migration aurait eu lieu, car la maladie se serait déclarée au milieu du grand rassemblement des juifs qui, chassés d'Espagne par Ferdinand le Catholique à l'instigation de son ministre le cardinal Ximénès, se réfugièrent, partie sur les côtes d'Afrique, où un grand nombre d'entre eux succomba, partie en Italie, où le pape Alexandre VI, (Roderic Borgia) les autorisa à s'établir dans la campagne de Rome. Mais cette autorisation devint fatale à la ville elle-même, car peu de temps après, l'épidémie y éclata, et pendant plusieurs années elle y fit des ravages assez grands pour que, lorsque Charles VIII, en 1494, se proposa de traverser à la tête de ses troupes les États pontificaux, le pape se crût obligé de l'engager à prendre une autre voie pour éviter la terrible maladie qui désolait alors la ville, et dans la crainte que d'aussi grands passages de troupes ne répandissent davantage la maladie dans l'Italie, qui n'était point encore délivrée de ce fléau.

Quant à l'origine que j'indique, elle paraît prouvée par la dénomination même de la maladie, qu'Infessura, signalant les premiers ravages de l'épidémie à Rome, appelle positivement *peste marranique*, or on sait que ce nom de Marranes était donné aux juifs, et par les documents de Fulgosi, qui nous apprend qu'elle avait pour point de départ les contrées que ces malheureux, chassés de pays en pays, avaient occupées. C'est également à ces exilés que le célèbre historien Paul Jove, qui, dans sa jeunesse, avait exercé la médecine, attribue l'origine et la propagation du mal.

Ce n'est pas tout encore, car bon nombre d'auteurs, le moine Sciphover entre autres, prétendent qu'en 1494 l'épidémie était générale en Europe, et qu'elle sévissait non-seulement dans toute l'Italie, mais en France, en Westphalie et en Prusse; et Jean Salicet, qui écrivait en 1590, avance même que, de 1457 à 1500, la maladie pustuleuse, dite *mal français*, était portée de

pays en pays, accompagnée de graves accidents. Ce qui ferait remonter l'épidémie à une date bien autrement ancienne.

A côté de ces données historiques, il n'est pas possible de passer sous silence un document qui nous est fourni par Hernandez Morejon, dans son *Histoire bibliographique de la médecine espagnole*, Madrid, 1842. C'est une lettre de Pierre Martyr à son ami Arias Barbosa, professeur de grec à Salamanque, cette lettre est une réponse à celle dans laquelle celui-ci communique à Martyr la nouvelle de sa maladie; en voici un extrait : « Tu m'écris que tu es affecté d'une maladie particulière appelée *bubos* par les Espagnols, *galico* par les Italiens, *éléphantiase* par quelques médecins, et de diverses manières par d'autres. Tu dépeins avec une incomparable élégance ton malheur, tes pertes, la gêne de tes jointures, la faiblesse de tes ligaments, les douleurs atroces des articulations, et enfin les ulcères et la fétidité de ton haleine. »

Que l'on compare l'énumération de ces symptômes avec ceux qui caractérisaient l'épidémie, que l'on sache que la lettre de P. Martyr est datée de Jaen en 1488, et que l'on dise s'il est possible de nier qu'une affection en tout semblable à celle qu'on prétend avoir été importée d'Amérique en 1494, n'existait pas en Espagne bien avant cette époque?

D'un autre côté, il faut savoir que Morejon parle très au long d'une peste qui sévit à Barcelone en 1489, qui ravagea Grenade en 1490 et qui, ensuite, s'étendit dans la plus grande partie de l'Espagne.

Félibien, dans son *Histoire de Paris*, rapporte que le *morbus gallicus* y fit sa première apparition en 1495, et qu'il se présentait alors sous forme de rugosités et de pustules qui attaquaient toutes les parties du corps indistinctement; le visage, les mains en étaient couverts, et le mal ne pouvait rester caché. Deux années plus tard, la maladie était devenue tellement générale, que le parlement crut devoir s'en occuper, et il formula un arrêt qui ordonnait : 1° que les étrangers venus à Paris avec la maladie seraient renvoyés dans le pays où ils étaient nés ou qu'ils habitaient précédemment; 2° que les gens aisés se tiendraient cachés chez eux jusqu'à parfaite guérison; 3° que les artisans et ouvriers pourraient rester dans leurs maisons et s'y faire traiter en demandant des secours aux curés et aux marguilliers; 4° que les pauvres sans domicile, sans parents et privés de toute ressource, se retireraient dans le bourg Saint-Germain des Prés où l'on avait établi un hôpital

pour les recevoir. Telle fut, pour le dire en passant, la fondation du premier hôpital de vénériens à Paris.

L'arrêt du parlement ajoutait que la peine de la hart, c'est-à-dire la peine de mort, serait prononcée contre les malades étrangers et bannis, ainsi que contre les pauvres envoyés dans le nouvel hôpital, s'ils rentraient dans Paris avant parfaite guérison. Ceux à qui l'on permettait de rester dans leurs maisons devaient être mis en prison ou bannis comme les étrangers, s'ils étaient rencontrés dans les rues. Mais, ajoute l'historien, une année ne s'était pas écoulée que les étrangers bannis et les pauvres de l'hôpital Saint-Germain rentraient dans Paris en si grand nombre, qu'il n'était plus possible de suivre à la rigueur l'arrêt du parlement; on eût eu trop d'exécutions à faire. Le 25 juin 1498, le prévôt de Paris, craignant de nouveau la contagion, renouvela les ordonnances faites par le parlement; mais il les mitigea en ce sens que l'arrêt menaçait de mort les délinquants, tandis que lui les menaçait seulement de les jeter à la rivière. La première peine était barbare, la seconde était ridicule.

L'ordonnance du prévôt de Paris est le dernier règlement répressif contre cette sorte de malades, du moins l'histoire ne nous en a transmis aucun autre. Ce fut à peu près à cette époque qu'on reconnut que la maladie vénérienne proprement dite ne se communiquait que par le contact des organes de la génération ou de toute autre partie couverte d'un léger épiderme.

Ce qui prouve qu'on avait bientôt cessé de sévir contre ces malheureux, c'est que dans le considérant d'un arrêt du parlement rendu en 1505 pour la construction d'un nouvel hôpital, il n'est pas question d'exil ou d'autres peines à leur infliger.

Quelle était donc cette épidémie dont la date est néanmoins fixée généralement dans les six dernières années du xve siècle? Ici il y a dans les opinions autant de divergences peut-être que sur le point de savoir quel est le lieu où elle a pris naissance.

J'ai déjà donné la description de la maladie telle que l'a représentée Pierre Pinctor. Je traduis bien froidement la description si énergique et si colorée de Fracastor : « c'était une éruption de pustules, d'excroissances hideuses répandues sur toute la surface cutanée, et principalement au visage, auxquelles succédaient bientôt de véritables ulcères rongeurs ichoreux et fétides. Leurs progrès détruisaient les yeux, le nez, les organes génitaux et souvent les mains et les pieds. Les membres étaient le siége de gonflements

et de douleurs atroces qui empêchaient les malades de goûter le moindre repos ni de jour ni de nuit; les mêmes ulcérations se développaient dans la gorge, empêchaient le passage de la nourriture, aussi en peu de temps le marasme et la mort terminaient ces tourments. La maladie se communiquait non-seulement par le moindre contact, mais même par l'haleine et par l'intermédiaire de l'air. »

Avant et depuis Fracastor, beaucoup d'écrivains ont donné la description de l'épidémie, mais nul ne l'a fait d'une façon aussi poétique : les uns ont ajouté quelques symptômes, les autres en ont retranché, mais c'est toujours le même aspect pustuleux.

J'ai dit que si quelques-uns, tels que Léoniceno, Pinctor, Jacques Cataneo, Torella, ont regardé la maladie comme toute nouvelle et n'ayant jamais existé en aucun lieu; d'autres, Conrad Schellig, Wideman, Grumbeck, en font une exacerbation des maux anciennement connus, sous les noms d'éléphantiasis, de lichen ou de mentagre. Hensler, auquel l'histoire de la syphilis doit de savantes recherches, pensait qu'elle a été une dégénérescence de la lèpre, et cette opinion a été partagée en partie par Sprengel, qui admet une combinaison de la lèpre avec les maux vénériens qu'il croit avoir existé dans l'antiquité.

Quant à la cause première du fléau, personne ne l'explique, car c'est se contenter de peu que de l'attribuer, comme on l'a fait, à l'influence des astres, à l'empoisonnement des sources, à l'anthropophagie ou à la bestialité. Mais il faut tenir compte de la remarque qui a été faite par presque tous les auteurs, c'est que la propagation de l'épidémie a été d'autant plus facile que l'époque où elle éclata est précisément celle de grands mouvements de troupes entre la France, l'Italie et l'Espagne; or, on sait avec quelle facilité les maladies épidémiques suivent les grandes agglomérations.

Si l'on analyse les symptômes décrits par Fracastor, on en trouve certainement un bon nombre qui peuvent appartenir à la syphilis; mais il faut convenir aussi qu'il en est beaucoup qui se rapportent à de tout autres affections.

C'est ici le lieu de faire connaître une opinion originale, mais qui n'est peut-être pas sans fondement, celle professée, avec une sage réserve toutefois, par M. Ricord. Voici ce qu'il dit dans ses *Lettres sur la syphilis* : « En étudiant avec soin la description de l'épidémie du xve siècle, je suis frappé d'un fait qui me semble d'un intérêt saisissant. Le mode de transmission des accidents, leur gravité, la prédominance de l'infection constitution-

nelle sur les phénomènes locaux qui manquaient souvent ou qui passaient inaperçus, tout cela me paraît ressembler beaucoup plus à ce que nous connaissons aujourd'hui de la morve aiguë et du farcin qu'à la vérole. » Puis il fait remarquer que sans doute la connaissance de la morve et du farcin est toute récente, mais que l'aptitude de l'homme à contracter cette maladie, qui a existé de tout temps sur l'espèce chevaline, ne doit pas être un fait récent, et que bien des hommes morveux ou farcineux ont dû être et ont été pris pour syphilitiques. Il rappelle aussi qu'une idée analogue a été émise par van Helmont, qui fait venir la vérole du farcin à la suite des rapports de bestialité.

A peine M. Ricord eut-il émis cette idée, qu'elle fut corroborée par le résultat des recherches bibliographiques qu'entreprenait le docteur Beau à un autre point de vue. Ce savant médecin, en consultant le *Traité sur le véritable siége de la morve des chevaux*, par Lafosse, publié en 1749, y a trouvé ce document curieux, à savoir, que cette maladie n'a pas seulement été inconnue des anciens, mais qu'elle est nouvelle, qu'elle n'a paru en Europe que vers 1494, que c'est dans les auteurs espagnols de cette époque qu'on en trouve la première description sous le nom de *muormo*, qui signifie morve, et que c'est sur les chevaux de l'armée espagnole en Italie qu'elle fut observée pour la première fois.

Je dois rappeler également une autre opinion, peut-être plus hasardée, mais qui a bien aussi de la valeur, celle de M. Cazenave, qui est porté à croire que l'épidémie du xve siècle n'est pas autre chose que le typhus, et j'ajoute que M. Follin, dans son *Traité de pathologie externe*, 1861, adopte aussi cette manière de voir.

Deux circonstances dans cette épidémie ont certainement contribué à lui faire attribuer le caractère syphilitique, c'est l'état pustuleux mentionné par tous les auteurs, et comme mode d'infection le coït. Mais les pustules ne sont pas forcément syphilitiques, il est beaucoup d'autres affections dont elles sont les manifestations. Quant au coït, il est bien signalé comme un des moyens de contagion de la maladie, mais nulle part on ne le considère comme le mode spécial, et il n'a rien d'extraordinaire alors; croyait-on que la contagion pouvait se communiquer dans tous les actes de la vie sociale?

Si, comme je le pense, la syphilis a toujours existé, quoi d'étonnant que ses caractères principaux, mal interprétés jusqu'alors, aient été mis en relief par le fait même de l'épidémie, et que celle-ci, s'affaiblissant et cessant même tout à fait, un de ses phénomènes

capitaux, je veux dire la contagion par le coït, ait attiré l'attention sur les maux qui la reconnaissent si souvent pour cause, et que de l'enchaînement mieux étudié de ces maux, de leur filiation mieux appréciée, la syphilis soit sortie toute faite d'un cataclysme pathologique qui avait dû frapper de son cachet épidémique toutes les maladies!

Un argument assez spécieux a été mis en avant pour prouver la nouveauté de la syphilis, c'est le grand nombre d'ouvrages qui ont paru, soit pendant l'épidémie même, soit lorsqu'elle commençait à s'éteindre. Mais M. Cazenave y répond d'une manière victorieuse en faisant remarquer qu'au moment où l'épidémie éclata en Europe, l'imprimerie, découverte depuis quelques années seulement, venait d'être mise en usage, et qu'il n'est pas surprenant que cet événement, qui jetait tout à coup la pensée dans le domaine public et qui devait solliciter vivement toutes les ambitions scientifiques, ait produit ce déluge d'écrits qui tous ne pouvaient parler que d'une seule chose, du fléau qui bouleversait l'Europe.

Il convient de se joindre au même auteur pour reconnaître que les noms si variés donnés à l'épidémie ne prouvent qu'une chose, l'incertitude de son point de départ, puisque chaque peuple lui donne le nom d'un peuple voisin qu'il suppose la lui avoir apportée. Cette sorte de récrimination de peuple à peuple a cessé depuis des siècles, et pourtant je tiens de sources certaines que dans quelques contrées de l'Amérique, au Brésil et au Pérou, par exemple, la syphilis est souvent encore désignée sous le nom de *gallico*.

Mais la syphilis, difficilement débarrassée de ses langes épidémiques, va entrer dans une nouvelle période, période encore bien incertaine et toute remplie de tâtonnements. C'est d'abord Paracelse, qui, au milieu de ses combinaisons astrologiques, ne sait pas encore se rendre un compte bien exact de ce génie morbide, mais qui pourtant le voit déjà influencer d'une manière spéciale certaines maladies et leur imprimer un cachet particulier. Il va même plus loin, car il paraît soupçonner la possibilité de l'hérédité.

C'est ensuite Fallope, qui, sans faire faire un grand pas à la syphilis, éclaire pourtant le diagnostic en reconnaissant une couleur spéciale, la couleur dite cuivrée de nos jours, aux éruptions cutanées qu'elle produit. Observation assurément plus heureuse que la prétendue découverte d'un symptôme nouveau caractérisé par le tintement des oreilles, et plus exacte que l'admission d'une

variété d'écoulement qu'il rattache à la vérole sous le nom de *gonorrhœa gallica*, tout en regardant encore néanmoins cet écoulement nouveau comme un flux séminal.

Puis viennent, dans la même période de temps, les Benedetti, les Léoniceno, les Nicolas Massa, les Jean de Vigo, dont les ouvrages entachés d'une exagération sans pareille à l'endroit de la contagion, n'offrent à noter rien de bien saillant.

Mais il n'en est déjà plus de même de Thierry de Héry, qui, dans un ouvrage d'un très-petit volume, mais gros de saine observation, a formulé certaines propositions très-acceptées encore aujourd'hui, qui a signalé la dureté des ulcères de la verge comme le signe le plus certain de la vérole, et qui a comparé la conséquence des ulcérations de cette nature à celles de la morsure du chien enragé.

C'est à Fernel toutefois qu'appartient la découverte du virus syphilitique. C'est lui qui, le premier, déclare carrément que la vérole, qu'il croit être la conséquence de l'épidémie de 1494, se contracte non-seulement par le coït, qui est la source la plus fréquente, mais par tout autre contact, les lèvres dans un baiser lascif, la bouche de l'enfant et le sein de la nourrice, et, pour que rien ne manque à tous les modes de contagion, le doigt de l'accoucheur opérant sur une femme malade. Fernel rejette la syphilis d'emblée, et il ne la croit pas possible sans un contact infectieux. Il entre dans des détails remplis de vérité sur la manière dont la maladie peut se contracter, et lorsque je parlerai de la contagion médiate, je prouverai qu'elle lui était parfaitement connue. Il ne confond plus, comme on l'avait fait avant lui, tous les symptômes indistinctement, mais, avec ordre et méthode, il les divise en symptômes primitifs, ulcérations et engorgement des aines, et en symptômes généraux qui succèdent aux premiers, les pustules, l'alopécie, les douleurs, etc.; il admet des véroles faibles, des véroles de moyenne intensité et des véroles fortes. Fernel, enfin, crée de toutes pièces et avec une sagacité et un esprit d'observation des plus remarquables, l'entité morbide du *lues venerea*, la maladie vénérienne. Aussi son ouvrage est-il resté un des plus beaux monuments de la littérature syphilitique, ouvrage qu'il faut lire avec attention si l'on veut se convaincre que bien des idées, qui peuvent paraître nouvelles à ceux qui n'ont pas lu, sont aussi vieilles que lui.

Entre Fernel et Hunter, les deux plus grandes figures syphilographiques des XVIIe et XVIIIe siècles, un nombre pro-

digieux d'ouvrages ont vu le jour. Quelques-uns jouissent toujours dans la science d'une juste notoriété, le grand Boerhaave, van Swieten, son commentateur, Astruc, si remarquable surtout par son érudition, mais auquel on peut reprocher d'avoir fait plier bien des faits, des faits historiques surtout, à sa manière de voir. Sur un plan plus reculé, Fabre, Rosen de Roseinsten, Peyrilhe. Mais à côté de ces noms, combien d'autres dont on charge la bibliographie vénérienne et qui ne méritent que l'oubli, leurs ouvrages n'ayant eu qu'un but, celui de préconiser quelques médications particulières, quelques remèdes plus ou moins rationnels.

Ici se termine ce que j'avais à dire sur l'historique proprement dit de la syphilis. Hunter ne peut pas s'analyser en quelques lignes; mais ses opinions arrivent si souvent à la discussion, qu'on apprend à le connaître à mesure qu'on avance dans l'étude de la syphilis. B. Bell, auquel il faudrait aussi une place à part, Swédiaur, puis nos prédécesseurs immédiats ou nos contemporains, trouveront, chemin faisant, l'appréciation de leurs travaux.

On remarquera que dans cette revue rétrospective il a été à peine question de la blennorrhagie. C'est que je n'ai pas voulu avoir à me répéter plus tard, et que pour ne pas scinder ce qui concerne cette maladie, j'ai renvoyé son historique à l'article qui lui sera consacré.

Virulence. — Inconnue dans sa nature intime, ne s'appréciant par aucun caractère physique mais seulement par ses effets, la virulence syphilitique est moins une substance ayant une existence spéciale, qu'une propriété acquise accidentellement par des corps ordinairement non virulents. Qu'on soumette à l'analyse chimique la plus rigoureuse du pus de chancre mou, de chancre induré, des pustules ecthymateuses et celui de la plaie la plus vulgaire, on ne trouvera entre eux nulle différence de composition. Que ces mêmes produits passent sous le champ du microscope le plus habilement manié et l'on n'y constatera pas le moindre caractère auquel on pourrait les reconnaître. Le sang des syphilitiques que des expériences dont je parlerai plus loin ont démontré virulent, ne présente non plus à la double analyse aucun principe appréciable, aucune réaction caractéristique. Certes, je n'oublie pas les belles recherches de MM. Ricord et Grassi qui ont prouvé la raréfaction des globules rouges avec prédominance de la fibrine, mais cet état du sang est l'indice de la chloro-anémie que détermine, soit l'empoisonnement général, soit un état particulier de l'éco-

nomie qui n'a pas toujours subi cet empoisonnement, comme, par exemple, dans certains chancres phagédéniques qui ne sont pas infectants; et puis cette chlorose, prodromique le plus souvent, peut disparaître, le sang peut se reconstituer et pourtant conserver encore sa propriété contagieuse. Qu'on veuille bien se rappeler qu'à l'époque où ces recherches ont été faites on ne distinguait pas, comme on l'a fait depuis, le chancre mou et le chancre induré, et que tout ce qui était inoculable était considéré comme syphilitique, et l'on reconnaîtra, qu'intéressantes à un autre point de vue, elles sont de nulle valeur dans la question de la virulence.

Le virus syphilitique n'agit pas sur l'économie à la manière des poisons ou des venins dont la gravité des accidents est en rapport avec la dose du principe délétère. Il lui suffit d'une quantité infinitésimale pour produire les effets d'une intoxication profonde, variable, suivant les individus sur lesquels il est déposé ; aussi a-t-on pu dire avec raison qu'il agit par une sorte de germination. Quand une graine est plantée, elle se développe par deux sollicitations distinctes : celle des forces intérieures qui la composent et celle des forces extérieures qui l'entourent, il y a en elle un arbre qui tend à se produire, mais il y a en dehors d'elle un sol et une température qui tendent à diriger sa croissance. La vérole, qui a en elle-même une force unique, ne présente de degrés que ceux qui sont le résultat du milieu dans lequel elle s'implante. Trois individus ont des rapports avec la même femme, tous trois sont infectés, leurs chancres seront variables d'intensité. Dans les mêmes conditions de traitement ou d'absence de tout traitement, l'un ne présentera que de la roséole et quelques plaques muqueuses, un autre arrivera à l'ecthyma ou au tubercule, le troisième verra se développer toute l'évolution syphilitique jusqu'aux accidents tertiaires. Ceci n'est pas une supposition gratuite, c'est un fait pris sur nature.

La virulence de la syphilis a été reconnue par les auteurs les plus voisins de l'épidémie du XVe siècle. En traitant de l'historique de la vérole, j'ai parlé de la teinture vénérienne de Benedetti, du vénéneux esprit, du levain, du virus vérolique de J. de Vigo et de Thierry de Héry, qui, disaient-ils, pouvaient impressionner toute l'économie. J'ai dit aussi que c'est Fernel qui le premier rend mieux compte de ce principe, qu'il compare au virus de la rage, et qu'il croit ne pouvoir agir que si le produit qu'il contient est déposé dans la peau, sur une surface dénudée, ou absorbé par l'orifice d'un follicule. « *Non nisi in apertam nudamque*

partem invadit. » C'était séparer entièrement le mode virulent de la syphilis des affections miasmatiques.

Astruc s'exprime ainsi : « La fixité du virus est telle qu'elle le rend incapable de s'insinuer dans le corps sans faire impression sur la partie qui le reçoit. » C'était, comme Fernel, faire justice des véroles d'emblée ou des véroles contractées à distance. Astruc ajoute : « Il n'arrive jamais que la partie qui le reçoit ne soit aussi affectée la première. » Ce qui n'était que répéter encore Fernel qui avait dit : « *Qua parte contactus, ab ea maxime prehendit et initium ducit.* » Il est difficile de mieux indiquer l'accident primordial de la vérole, c'est-à-dire le chancre se produisant toujours là où le contact a eu lieu.

La croyance au virus syphilitique a ensuite été admise par tous les auteurs jusqu'à Hunter qui la modifia en ce sens qu'il ne la reconnut que dans l'accident qui se transmet, et comme il n'avait jamais réussi à inoculer les symptômes secondaires il dut leur refuser toute propriété virulente. Mais vers la fin du siècle dernier un syphilographe, ingénieux du reste, Bru, qui avait fait sans réussite un grand nombre d'inoculations, prétendit pouvoir en conclure que le virus ne siégeait pas dans les sécrétions accidentelles, et qu'il agissait plutôt par un mode électrique passant d'un individu à un autre par le contact, mais sans l'intervention de la lésion.

Les arguments de Bru, assez difficiles à saisir, n'ébranlèrent pas la confiance générale jusqu'à la venue de l'école physiologique. On sait les efforts des adeptes de cette école pour prouver que les effets de ce que l'on croyait être un principe virulent ne sont, en fin de compte, que l'irritation des organes génitaux déterminée souvent par l'abus du coït ; la contagion, suivant eux, ne devant être attribuée qu'à la modification inflammatoire, et conséquemment à la sécrétion des surfaces malades. Broussais, refusant toute virulence à la vérole, ne voyait que de l'inflammation dans les accidents secondaires, et expliquait la corrélation entre eux et les chancres par la sympathie de la peau avec les organes génitaux, sympathie qui vaut bien le virus électrique de Bru. C'est à combattre l'existence du virus que se sont appliqués, dans des ouvrages très-remarquables, Richond des Brus, Desruelles, et surtout Jourdan, dont le *Traité des maladies vénériennes*, véritable œuvre de bénédictin, n'est plus assez lu, principalement au point de vue de l'historique de la syphilis. Mais toutes ces explications, toutes ces théories non virulentes sont tombées comme est tombée elle-même la médecine dite physiologique.

Si la définition exacte de l'état virulent n'est pas facile à donner, les faits sont là qui le démontrent. Le contact d'une surface malade avec une surface saine a lieu : cette dernière, pendant un certain temps, ne présente pas la moindre trace de ce contact, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours ou de plusieurs semaines que le résultat s'en fait voir. Voilà une première incubation bien faite assurément pour prouver la virulence. L'incubation, on pouvait là reconnaître cliniquement, cependant on était toujours un peu à la discrétion du malade, l'expérimentation l'a démontrée d'une manière assez éclatante pour répondre péremptoirement à ceux qui aujourd'hui encore sont tentés de la nier. Mais ce n'est pas tout, le premier symptôme disparu, une seconde incubation a lieu et la maladie se fait voir d'une façon plus généralisée et toujours avec les mêmes caractères, je ne dis pas les mêmes formes, pathologiques. Quelle autre qu'une maladie virulente peut produire ces deux semblants de sommeil successif et ces lésions toujours identiques?

On s'accorde généralement à dire que dans toute affection virulente l'économie est infectée dès que le virus a pénétré dans l'organisme, dès que le contact a eu lieu. C'est la règle pour la vaccine, pour la morve, pour la clavelée. De savants vaccinateurs nous l'ont appris et un vétérinaire de grand mérite, Renault (d'Alfort), l'a mis hors de doute, par les expériences qu'il a faites sur les animaux, expériences desquelles il résulte que la cautérisation des plaies d'inoculation, après un temps qui a varié de quelques heures à quelques minutes, n'a pas empêché la maladie inoculée de se produire. Il en doit être de même pour la syphilis, maladie aussi essentiellement virulente que celles dont je viens de parler, et alors une question se présente, celle de savoir si un sujet contaminé, mais en état d'incubation, peut subir pendant cette période d'inactivité apparente une seconde contamination. A priori et d'après les légitimes objections qui ont été faites à l'auto-inoculation du chancre induré ou des symptômes secondaires, cela ne devrait pas être, mais voici une observation, unique peut-être dans la science, que je dois à l'obligeance de mon honorable collègue M. Puche, qui tendrait à prouver que, pour que l'immunité ait lieu, il est nécessaire que le résultat de l'inoculation, le chancre, se soit produit.

Obs. — Adam (François), vingt-sept ans, journalier, entré à l'hôpital du Midi le 5 novembre 1861. Ce malade, d'un tempérament lymphatico-scrofuleux, porte depuis plus d'une année

une carie de la clavicule gauche, dont on ne connaît pas la cause. Il a eu successivement plusieurs abcès à marche lente. A son entrée on constate un empâtement considérable et de l'os et de l'articulation sterno-claviculaire. Il existe une fistule qui donne lieu à la sortie d'un liquide séro-purulent. Le malade est mis à l'usage de l'iodure de potassium et l'on badigeonne la partie malade avec la teinture d'iode.

Le 29 janvier 1862, M. Puche inocule au malade, sur la ligne blanche, près de l'ombilic, du pus d'un chancre induré datant déjà de six semaines, chancre qui a été suivi des symptômes d'une syphilis normale.

Le 19 février, comme il n'y a rien d'apparent au point inoculé, on considère l'inoculation comme un insuccès et avec la sécrétion d'un chancre induré datant de vingt jours, on fait une piqûre un peu au-dessous du lieu de la première inoculation. Depuis l'instant de cette première inoculation on avait suspendu le traitement par l'iodure de potassium.

Le 8 mars, c'est-à-dire trente-neuf jours après la première inoculation et dix-sept après la seconde, on aperçoit sur les deux points inoculés deux papules reposant sur une base indurée dont la première ne s'excorie qu'au bout de quelques jours, dont la seconde offrait au sommet un point purulent. Toutes deux siégeaient sur une base parfaitement indurée, ont pris l'aspect et ont suivi la marche de deux chancres, celui de la seconde inoculation beaucoup plus large et plus étendu que celui de la première.

Le 10 avril il y a une roséole générale, etc.

Le malade, revu en mars 1863 par M. Puche, ne présente plus aucun symptôme syphilitique et il est guéri de la carie de la clavicule.

Je dis que cette observation est unique dans la science, j'aurais dû ajouter dans la science syphilitique, car il existe des faits semblables pour la vaccine. Bryce (*Pract. observ. on the inoculation of cowpox.* Edinb., 1809) a fait des expériences desquelles il résulterait que sur des enfants vaccinés depuis vingt-quatre heures une nouvelle vaccination a été pratiquée et les pustules des deux insertions vaccinales ont paru en même temps et ont suivi la même marche. Or, on sait que lorsque après l'apparition des pustules régulières, une nouvelle inoculation est pratiquée, celle-ci reste complétement inerte. Cependant je dois dire que je tiens du professeur Depaul, si compétent en matière de vaccination,

que lorsqu'il a répété les expériences de Bryce, il a toujours vu que les secondes pustules, tout en se produisant encore, avaient moins d'énergie que celles qui succédaient à la première inoculation, et que par conséquent il n'est pas étonnant qu'elles arrivent les unes et les autres au même point d'évolution à un moment donné; ce qui tendrait à prouver qu'il y a déjà eu sur l'économie une certaine impression du vaccin, mais non pas une saturation complète. Dans l'observation de M. Puche la seconde inoculation a été suivie au contraire d'une induration plus large et plus profonde que la première, fait qui n'a pas lieu de me surprendre, car j'ai vu des chancres indurés au début s'inoculer au malade même sur des surfaces saines en contact régulier et persistant avec eux; on en trouvera un beau spécimen dans une des planches de ce livre.

Le départ opéré entre l'identité de nature de la blennorrhagie et du chancre, c'est ce dernier qui, pour le plus grand nombre des syphilographes, était la première manifestation de la virulence, et, je l'ai dit, on ne demandait au chancre pour juger sa qualité syphilitique qu'une condition expérimentale, l'inoculabilité. Cependant M. Ricord, grand partisan, comme on le sait, de ce criterium, avait vu que certains chancres étaient fatalement suivis de symptômes constitutionnels, et que d'autres, traités par les mêmes moyens, laissaient les malades indemnes de toute manifestation ultérieure, et il émit l'opinion qu'il pouvait y avoir dans la maladie des différences qui ne tenaient pas seulement aux conditions de l'individu sur lequel la cause agissait, mais bien des différences de cause; c'était donc dès lors se poser cette question : à savoir, s'il existait ou non une ulcération primitive pouvant seule produire l'infection générale de l'économie, et une autre ulcération contagieuse comme la première, transmissible comme elle par inoculation, mais se maintenant toujours à l'état local et étant toujours incapable d'amener à sa suite une infection constitutionnelle; la première ayant un caractère particulier toujours le même, toujours reconnaissable, l'induration; la seconde pouvant revêtir des aspects divers, mais conservant l'apparence d'une plaie simple dans laquelle rien ne viendrait dévoiler la nature virulente, si celle-ci n'était mise hors de doute physiologiquement ou expérimentalement.

En 1852, dans un ouvrage des plus remarquables sur les affections de la peau symptomatiques de la syphilis, le docteur Bassereau discuta longuement ce point de doctrine entrevu par

M. Ricord et il le résolut par l'affirmative. Trois ans après, il fut suivi sur le même terrain par le docteur Clerc, qui se prononça également pour la dualité du virus.

Suivant M. Bassereau, si l'on confronte tous les sujets qui ont été atteints de chancres suivis d'accidents constitutionnels avec les sujets qui leur ont communiqué la contagion ou avec ceux auxquels ils l'ont transmise, on trouve que tous ces sujets sans exception ont été atteints de chancres et ensuite d'accidents constitutionnels. Jamais chez eux l'accident primitif ne s'est borné à une action purement locale. D'autre part, si l'on confronte les sujets atteints de chancres qui n'ont déterminé aucun symptôme de syphilis générale avec les sujets qui les ont infectés ou avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, sans exception, être également atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé.

Ces faits, dit M. Bassereau, constituent par la régularité avec laquelle ils se produisent, une loi à laquelle il n'a jamais rencontré que des exceptions apparentes, et qui peut être formulée de la manière suivante : toutes les fois qu'un individu est atteint d'un chancre, puis des symptômes de la syphilis constitutionnelle, cette généralisation des phénomènes syphilitiques tient, avant toute chose, à ce que le sujet par lequel le malade a été infecté était lui-même atteint d'un chancre qui a dû obligatoirement être suivi d'accidents constitutionnels.

L'opinion du docteur Clerc est semblable, et dans son mémoire il a eu pour but d'établir qu'il existe deux variétés distinctes de chancres, dont l'un est le chancre induré ou infectant, et l'autre le chancre non induré et non infectant.

Ces deux auteurs arrivent donc à un résultat identique, mais ils y arrivent par une voie différente. Tandis, en effet, que M. Bassereau pense que le chancre simple est d'origine très-ancienne, que longtemps il a existé seul sans jamais retentir sur l'économie et sans jamais produire d'accidents généraux ; que, bien qu'il ressemble à la syphilis par sa propriété contagieuse, il lui est cependant étranger puisqu'il sévissait avant qu'elle fût connue, que c'était l'ulcère contagieux des parties génitales ; qu'enfin depuis la grande épidémie du XVe siècle, il marche côte à côte avec le chancre syphilitique, mais sans que sa nature en soit en rien modifiée ; M. Clerc soutient que le chancre simple est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a, ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, et qu'il est l'analogue

de la varioloïde, d'où la dénomination de *chancroïde* qu'il a proposée de lui appliquer. La divergence d'étiologie est donc grande entre ces deux auteurs, puisque pour le premier la vérole n'aurait jamais paru, que le chancre simple aurait toujours existé, tandis que pour le second le chancre simple est un dérivé du chancre infectant, et il n'a pu se modifier et perdre sa qualité première que par son passage sur un individu entaché du principe syphilitique constitutionnel. J'ajoute que, pour étayer sa manière de voir, M. Bassereau a fait de grands frais d'une érudition solide et de bon aloi, et que l'opinion de M. Clerc repose sur des données purement théoriques, bien qu'il invoque le témoignage de la plupart des écrivains postérieurs à Nicolas Massa, qui ont admis une première catégorie de malades avec chancre induré, bubon ne suppurant pas et infection syphilitique consécutive, puis une seconde catégorie avec chancres non indurés, bubons suppurants et pas d'infection constitutionnelle ultérieure, distinction bien importante des deux variétés du chancre primitif qui, dit M. Clerc, n'a pu être obscurcie que par des idées de théorie ou de doctrine.

Tel est, soit qu'ils partagent la manière de voir de M. Bassereau, soit qu'ils adoptent l'interprétation de M. Clerc, le système de la dualité qui entraîne aujourd'hui dans son courant le plus grand nombre des syphilographes.

Cette question est assurément des plus sérieuses, car il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour juger de la gravité qu'elle peut avoir sur le pronostic des ulcérations vénériennes, quelle sécurité pour l'avenir elle peut inspirer, ou au contraire, de quelle déception elle peut être, et pour le malade, et pour le médecin.

L'idée de la pluralité des virus n'est pas nouvelle, et l'on sait qu'elle fut adoptée par Carmichael qui l'a développée longuement; toutefois, il faut le reconnaître, ce n'est pas avec la simplicité actuelle que le chirurgien anglais la comprenait. Pour lui, en effet, comme pour Hunter, le chancre type c'est le chancre induré; l'induration est à ses yeux un caractère distinctif des vrais chancres, et elle suffit à elle seule pour légitimer le traitement mercuriel, puisqu'il lui paraît certain qu'elle présage le développement ultérieur d'accidents constitutionnels, mais il ne regarde pas l'induration comme une condition indispensable de l'infection générale, et il donne indistinctement le nom de chancre ou d'ulcère vénérien primitif à ceux qui peuvent donner lieu à des symptômes consécutifs; or, il admet que la plupart des ulcérations de la verge

sont suivies d'une série des symptômes manifestement syphilitiques. Ainsi l'ulcère sans induration mais à bords élévés et à surface rongeante, ainsi l'excoriation simple du gland et du prépuce sont suivis d'éruptions papulo-squameuses, de douleurs articulaires analogues à celles du rhumatisme, d'ulcères à la gorge, de la tuméfaction des glandes lymphatiques du cou, mais sans nodus des os; ainsi les ulcères gangréneux et rongeants sont suivis d'accidents constitutionnels remarquables par leur opiniâtreté, leur malignité, tels sont les pustules et les tubercules qui forment des ulcères serpigineux, les ulcérations étendues du gosier, et principalement de la paroi postérieure du pharynx, des douleurs articulaires, coexistant avec les nodus osseux, la carie ou la nécrose. L'opinion de Carmichael et de quelques autres auteurs anglais se résume donc à dire que chaque ulcère primitif est suivi de symptômes constitutionnels qui lui correspondent, de sorte qu'à la vue d'une ulcération primitive, on pourrait annoncer par avance de quelle forme d'accidents le malade sera affecté plus tard.

Je devais rappeler la doctrine de Carmichael sur la pluralité des virus, mais je fais remarquer combien elle diffère de celle qu'on introduit aujourd'hui dans l'étude de la syphilis. D'ailleurs cette doctrine est jugée et il n'y a pas un praticien qui ne reconnaisse que les variétés d'ulcères dont il fait des espèces différentes ne sont, en définitive, que des accidents dans la marche du chancre, qui tiennent à la disposition particulière des malades, et que quoique Carmichael dise qu'il est absurde de croire que le virus est toujours le même, et que la variété des formes qu'il revêt dépend de la constitution individuelle, il faut avouer que cette absurdité est très générale et que l'unité du virus syphilitique compte encore de nos jours un bien grand nombre de partisans.

Lorsque parurent l'ouvrage de M. Bassereau et un peu plus tard le mémoire de M. Clerc, je fus séduit par leurs arguments et disposé, je l'avoue, à admettre la dualité, mais un fait de ma pratique particulière vint bientôt jeter un certain trouble dans mon esprit: Un jeune homme me consulte pour une ulcération du prépuce survenue quelques jours après un coït douteux ; il n'y avait ni induration saillante ou parcheminée, ni adénopathie inguinale bien sensible; je portai un pronostic favorable, et en vingt-cinq jours, après un pansement local avec du vin aromatique, l'ulcération était cicatrisée. Six semaines après, le malade me revenait avec une roséole et de légères plaques muqueuses amygdaliennes. Surpris de ce résultat et un peu confus, on peut le croire, de l'as-

surance que je lui avais donnée, je l'examinai de nouveau avec la plus grande attention pour chercher la trace d'un chancre induré qu'il aurait eu antérieurement, ce qu'il niait, je ne trouvai sur lui absolument rien autre chose que la cicatrice de l'ulcération dont j'ai parlé pour expliquer la syphilis constitutionnelle dont il était affecté. Mais j'avais pu faire une erreur de diagnostic, j'avais pu ne pas reconnaître une induration légère, peu étendue et à évolution rapide comme on en rencontre quelquefois. Je n'avais pas non plus examiné la femme de laquelle il tenait son chancre.

Peu de temps après, une femme entra dans mon service à l'hôpital de Lourcine, pour des chancres mous qui eurent des conséquences tout autres que celles que l'on avait pronostiquées. Je me crois obligé de rapporter ici tout au long cette observation à laquelle une discussion devant la Société de chirurgie a donné dans le temps un certain retentissement. C'est la treizième du mémoire de M. Clerc.

Obs. — La nommée Elise P..., âgée de dix-huit ans, couturière, entrée à Lourcine, le 3 août 1854. A son entrée on constate à la fourchette cinq ulcérations rangées en forme de croissant, elles siégent sur de petites élevures mamelonnées, elles ont un fond grisâtre, sanieux, déprimé en godet et des bords taillés à pic. Le vagin est le siége d'une inflammation intense avec sécrétion muco-purulente; le col utérin est intact. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement engorgés, indolents; ils forment une pléiade manifeste surtout dans les plis internes.

Traitement. Pansement simple, bains entiers, injections vaginales avec l'eau aluminée. Le docteur Clerc qui vint visiter la malade, nous dit que cette jeune fille a été infectée par un de ses clients atteint de plusieurs chancres au prépuce, non indurés et n'ayant pas déterminé d'accidents secondaires, et qu'ensuite elle a eu commerce avec un individu sain auquel elle a à son tour communiqué des chancres simples. M. Clerc pense d'après cela que notre malade n'aura pas de symptômes constitutionnels.

Le 21 août, aucun traitement spécifique n'ayant été fait, les chancres existent toujours, les ganglions inguinaux sont dans le même état d'engorgement indolent. La malade se plaint de perdre les cheveux, cependant on ne voit rien sur le cuir chevelu.

Le 28, les chancres tendent vers la cicatrisation ; il y a sur les grandes lèvres quelques ulcérations blanchâtres ; on constate sur toute l'étendue de la peau du ventre et sur celle de la poitrine des

taches de roséole. La chute des cheveux persiste et l'on sent distinctement plusieurs ganglions occipito-cervicaux. La malade est mise en traitement par la liqueur Van Swieten.

Le 4 septembre, les chancres sont presque entièrement cicatrisés; quelques condylomes, dont l'un ulcéré, existent à l'anus.

Le 8, cicatrisation complète des chancres, même état général.

Le 18, rougeur vive du pharynx, mais sans ulcérations. La roséole disparaît, les cheveux continuent à tomber.

Le 1er octobre tout a disparu à peu près, mais le traitement mercuriel est considéré comme insuffisant.

Le 30, sortie dans un état parfait de guérison.

Quelle objection M. Clerc fit-il au complément que j'avais donné de sa treizième observation? Il dit que la malade avait pu avoir antérieurement un chancre induré. Mais la question était assez grave pour que mon attention ait été portée sur ce point, et je déclare que, malgré les investigations les plus minutieuses, je ne constatai sur quelque endroit du corps que ce fût, la moindre trace d'une ulcération antérieure. M. Clerc releva aussi un mot de mon argumentation : j'avais écrit que dans cette observation je ne m'étais trompé que sur un seul fait, celui de l'apparition des symptômes généraux qui, disais-je, s'étaient fait attendre moins longtemps que je ne supposais, et c'est cette prétendue erreur qu'on me reprochait. C'est le vingt-huitième jour de l'entrée de la malade à l'hôpital que s'est manifestée la roséole, et M. Clerc est un clinicien trop expérimenté pour ne pas admettre la règle de pathologie syphilitique très-généralement acceptée, que c'est du trentième au centième jour après l'explosion du chancre que se manifestent les symptômes généraux, lorsque surtout, comme dans le cas présent, aucun traitement mercuriel n'a été fait.

A quelques temps de là deux jeunes collégiens, l'un de seize, l'autre de dix-sept ans, voyaient l'un après l'autre la même femme. Au bout de huit jours, celui qui avait exercé le coït le premier, me consulte pour un chancre mou suivi d'adénite suppurée, l'autre se réjouissait d'avoir échappé à la contagion, lorsque le dix-neuvième jour, il vit à la face interne du prépuce se développer une petite papule, laquelle s'ulcéra bientôt et prit tous les caractères du chancre induré avec adénopathie multiple indolente. Le premier malade resta indemne d'accidents constitutionnels, le second eut une syphilis générale ordinaire. Ce n'est que vingt-cinq jours après ce coït fatal que j'examinai la femme, elle portait sur une des grandes lèvres une induration cicatrisée, mais

encore très-reconnaissable; les ganglions inguinaux étaient engorgés. Je ne la revis plus.

Je ne veux pas multiplier la relation de faits semblables qui me sont personnels. On en trouve de nombreux exemples dans le *Traité des maladies vénériennes* de Melchior Robert, dans l'ouvrage du docteur Langlebert. Le professeur Thiry, le docteur Janssens (de Bruxelles), en ont fait connaître également dans la *Presse médicale belge.*

Autre point : pour M. Clerc, le chancroïde est le résultat de la modification imprimée à la contagion du chancre induré par une vérole constitutionnelle ancienne ou actuelle, par suite de la loi indiquée par M. Ricord, qu'on ne peut être atteint deux fois de syphilis générale; mais voici un fait qui vient prouver contre cette ingénieuse manière de voir : Un jeune homme est affecté de chancre induré puis de symptômes constitutionnels, un traitement rationnel est suivi régulièrement et tout disparaît; au bout de quelques années cet homme gagne un nouveau chancre qui reste à l'état simple sans retentissement sur l'économie. Le malade, fort éclairé d'ailleurs, mais ayant mal compris la portée de ce qu'il avait entendu dire qu'on n'avait pas deux fois la vérole, n'attacha aucune importance à l'ulcération dont il était affecté et n'hésita pas à se marier sans prendre aucun conseil médical. La jeune femme, comme on peut le croire, fut bientôt elle-même affectée d'un chancre, mais celui-ci s'indura, se compliqua d'engorgements ganglionnaires indolents, puis fut suivi dans l'espace de temps habituel, d'alopécie, d'impétigo du cuir chevelu, d'une syphilide papulo-tuberculeuse et plus tard d'accidents tertiaires.

Ce fait qui a été bien observé et dont j'ai été témoin avec deux honorables confrères, Cazeaux et le docteur Coffin, souleva à l'époque où je le publiai un certain doute, et dans la discussion dont il fut l'objet à la Société de chirurgie, M. Ricord m'objectait que cette dame, malgré toutes les raisons que j'avais de croire le contraire, pouvait avoir été infectée par un autre que par son mari. Or, qu'on lise les *Leçons sur le chancre* de M. Ricord et l'on en trouvera un certain nombre entièrement semblables. Depuis neuf ans que j'ai fait connaître cette première observation, j'en ai rencontré deux autres; il y en a plusieurs dans l'ouvrage de Melchior Robert et aussi quelques cas pareils relatés dans les journaux de médecine français ou étrangers.

Si mon observation était restée unique, on aurait pu m'objecter

que ce jeune malade qu'on croyait guéri de la syphilis, avait encore au moment de son mariage des symptômes constitutionnels capables de produire chez la femme une infection commençant par un chancre. C'est à quoi j'ai fait grande attention chez les deux autres sujets passés depuis sous mes yeux, et je puis assurer que, pas plus dans ces deux derniers cas que dans le premier, je ne me suis trompé. Serait-il croyable aussi que des syphilographes du mérite de ceux qui ont vu des faits semblables aux miens aient tous commis la même erreur ?

Ces faits sont assurément bien contraires à la théorie de la dualité de M. Clerc, qui considère le chancre mou comme un dérivé du chancre induré incapable de produire jamais autre chose qu'un chancre mou ; aussi a-t-il fallu à certains dualistes un expédient pour l'expliquer, et M. Diday a-t-il alors créé ce qu'il appelle le chancre *induroïde*, produit hybride simple dans sa forme, infectant dans sa nature, et susceptible de reprendre son activité première par sa transplantation sur un individu exempt de vérole. C'est ce chancre mou, conservant la propriété syphilitique, que M. le docteur Maratray avait nommé *chancroïde*, avec plus de raison que ne l'a fait depuis M. Clerc.

M. Ricord, qui ne pouvait se refuser à admettre les cas qu'il avait observés, n'a pas cherché un nom nouveau pour ce chancre mou donnant un chancre induré, mais il a dit : Le chancre mou d'un sujet syphilitique aura des conséquences suivant sa provenance : s'il est le résultat d'un chancre mou, il ne produira qu'un chancre mou ; si c'est un chancre induré qui l'a engendré, il pourra, tout en restant mou sur le malade diathésé, produire l'induration, et, conséquemment, la vérole chez le sujet qui en avait été indemne jusque-là. Pour que cette explication soit valable, il faut qu'elle s'appuie sur des confrontations. Malheureusement, M. Ricord a négligé de nous renseigner sur le nombre et sur la valeur de ce moyen de contrôle. Il n'en reste pas moins évident qu'un chancre à base molle peut avoir un caractère infectant pour autrui. Il y a même plus, ce caractère infectant serait conservé expérimentalement sur le malade lui-même, s'il faut en croire Melchior Robert, qui prit le pus d'un chancre mou qu'un de ses clients portait à la verge, l'inocula à la lèvre et produisit là un chancre induré suivi de vérole constitutionnelle.

Voilà donc déjà trois chancres, chancre induré type, chancre induroïde de M. Diday, ou chancroïde de M. Maratray, chancre mou avec la théorie de M. Bassereau ou celle de M. Clerc. Ce n'est

pas tout. On avait, exceptionnellement, je le veux bien, mais on avait inoculé avec résultat le chancre induré au malade lui-même. On avait vu des chancres avec ou sans adénites suppurées, rester mous pendant fort longtemps, comme, par exemple, de vingt à quarante jours, puis ces mêmes chancres, sans coït nouveau, s'indurer, s'accompagner du retentissement ganglionnaire multiple indolent. C'était là un fait embarrassant pour la dualité, mais M. Rollet, avec une conviction que je respecte, tout en ne la partageant pas, trouva bientôt l'interprétation de ce mystère, et il créa une quatrième espèce de chancre sous le nom de *chancre mixte*, dont il explique ainsi l'origine. Dans la crainte que l'on ne m'accuse de ne pas bien rendre l'idée de M. Rollet, je copie : « Tantôt, un sujet est affecté de syphilis, il contracte un chancre » simple, si ce chancre est situé loin des parties sur lesquelles » siégent les manifestations constitutionnelles, il ne présentera » rien de remarquable, et il se conduira comme un chancre simple » sur tout individu non diathésé; si on l'inocule, on ne produira » qu'un chancre simple; mais on transmettrait du même coup la » syphilis, si, avec le pus chancreux, la matière contenait du sang » du sujet syphilitique. Tantôt le malade affecté de syphilis inoculée » a des lésions syphilitiques dans le voisinage du chancre incidem- » ment contracté. Dans ce cas, non-seulement il y a mélange de » matières contagieuses, lesquelles sont dès lors susceptibles de » transmettre les deux maladies dont elles proviennent, c'est-à- » dire le chancre simple et la syphilis, mais encore il peut y avoir » inoculation des lésions syphilitiques par le pus du chancroïde, » et transformation de ces lésions en autant d'ulcères inoculables. » Les lésions syphilitiques en question sont, à l'égard du pus du » chancroïde, comme autant de solutions de continuité que ce » pus ne peut toucher sans que le chancroïde s'y greffe, comme il » se greffe sur une simple écorchure, sur la piqûre d'une lancette, » sur des morsures de sangsues. Ces lésions syphilitiques, enva- » hies par l'ulcération chancroïde, prennent différentes formes, » suivant la nature des lésions où s'est opérée l'inoculation; mais » parmi ces formes véritablement mixtes, il en est une qui mérite » une attention toute particulière : c'est celle qui succède à l'im- » plantation du chancre simple sur le chancre syphilitique pri- » mitif. Le chancre mixte qui en résulte se forme quelquefois, ainsi » que nous l'avons dit, naturellement, mais on peut aussi le pro- » duire artificiellement. Il suffit, chez un sujet affecté de chancre » syphilitique primitif, d'appliquer sur l'ulcération chancreuse du

» pus de chancroïde. Au bout de deux ou trois jours, l'ulcère
» syphilitique primitif est comme transformé; il prend un fond
» grisâtre comme le chancre simple, mais plutôt saillant qu'ex-
» cavé, des bords déchiquetés, etc.; la suppuration qui en découle
» devient plus abondante et sanieuse; il est réinoculable à la lan-
» cette, peut se multiplier dans le voisinage ou même inoculer les
» lymphatiques et les ganglions, et donner lieu au bubon chan-
» creux. En même temps il conserve les attributs les plus essen-
» tiels du chancre syphilitique, l'induration, entre autres, qui
» en est toujours le signe pathognomonique; l'adénite bilatérale
» indurée persiste aussi, et alors même qu'un des ganglions s'ino-
» cule, comme le bubon chancreux est généralement unilatéral,
» on a encore, de l'autre côté, l'adénite indurée comme indice per-
» sistant de la nature de la maladie. Y a-t-il besoin d'ajouter que
» les effets consécutifs du chancre syphilitique ne sont nullement
» modifiés par cette inoculation, et que la syphilis secondaire n'en
» éclate pas moins à son époque et sous sa forme habituelle.

» Enfin, il peut arriver qu'un malade contracte, au même foyer
» contagieux, la syphilis, c'est-à-dire un chancre syphilitique
» primitif, et du même coup un chancroïde. Ce cas rentre dans les
» deux précédents: car, de deux choses l'une, ou bien chaque
» lésion siégera sur une région distincte, ou bien toutes deux se
» développeront sur le même point. »

Ainsi, suivant M. Rollet, deux maladies différentes peuvent se développer et marcher parallèlement sur un même point, et cela par pur accident de contagion, comme nous le verrons plus tard pour l'inoculation vaccino-syphilitique. Mais il peut résulter, il résulte de cette rencontre momentanée, un type nouveau se transmettant dans son espèce; car à ces considérations sur la formation de ce chancre, M. Rollet ajoute que, depuis que ses observations sur le chancre mixte se sont complétées, il a acquis la preuve que par le fait de son développement accidentel, mais répété d'âge en âge, ce chancre avait fini par exister comme espèce distincte, c'est-à-dire comme chancre naissant d'un autre chancre semblable à lui.

« Cette espèce chancreuse est donc, écrit M. Rollet, véritable-
» ment nouvelle, non-seulement parce que j'ai été le premier à la
» faire connaître dans ces dernières années, mais parce qu'elle a
» pris naissance après les deux autres, et que les premiers témoins
» de l'épidémie syphilitique du XV[e] siècle n'ont pu ni l'observer
» ni la décrire. »

Mais ici les dualistes ne sont plus d'accord, et s'ils admettent tous que le chancre mixte peut exister momentanément, certains d'entre eux lui refusent de constituer une entité morbide spéciale se transmettant dans son espèce, et l'un des auteurs d'un récent et recommandable traité de pathologie syphilitique, partisan zélé de la doctrine dualiste, le docteur A. Martin, se charge de démontrer à M. Rollet l'inanité de sa prétention pathogénique.

« En supposant, dit-il, le pus du chancre mixte inoculé à un » sujet sain, qu'arrivera-t-il? Le chancre simple apparaîtra tout » d'abord, sans contredit. Au bout de deux ou trois septénaires, » il se combinera avec le chancre infectant dont l'incubation a au » moins cette durée. Enfin, en dernier lieu, après la disparition » du chancre simple, le chancre infectant existera seul au point » contaminé.

» Il résulte de cela que le sujet atteint de cette prétendue espèce » morbide pourra transmettre : 1° pendant les deux ou trois » premiers septénaires, un chancre simple; 2° après les deux ou » trois premiers septénaires, il transmettra un chancre mixte, » c'est-à-dire à la fois les deux chancres; 3° après la cicatrisation » du chancre simple, et en admettant, ce qui doit arriver dans » la plupart des cas, que cette cicatrisation ait lieu du vingt-hui- » tième au trentième jour, il ne transmettra plus qu'un chancre » syphilitique. »

Je ne serai pas aussi sévèrement précis que M. A. Martin, car je crois que le chancre mixte existe réellement, qu'il a toujours existé, et qu'il est l'expression fidèle de ce que, de tout temps, on a observé, dans la contagion du chancre, des organes génitaux; c'est-à-dire des chancres non suivis, dans l'immense majorité des cas, de syphilis constitutionnelle, et d'autres chancres avec empoisonnement général que l'on dirait constant si l'on n'avait des preuves très-exceptionnelles que quelques-uns de ces chancres, parfaitement typés et à caractères indurés des plus tranchés, ne sont pas suivis de manifestations syphilitiques, mais chancres à apparence double quoique de même nature.

Des démentis étaient donnés, de temps à autre, à la doctrine dualiste, ils étaient fâcheux pour la précision qu'on lui avait attribuée, il fallait une explication à des faits constatés, mais certainement très-obscurs encore pour tous les observateurs de bonne foi, et c'est pour arriver à ce but que le chancre mixte a été fait de toutes pièces. Idée très-ingénieuse, assurément, mais idée toute théorique, on ne saurait en disconvenir.

En dehors de la satisfaction de l'esprit d'analyse, y a-t-il un grand avantage pratique à adopter la doctrine dualiste? Je ne le pense pas, et je crois que, sans qu'il fût nécessaire d'en faire des espèces particulières, il eût été plus simple de reconnaître et de proclamer, sinon comme une loi pathologique absolue, du moins comme une règle très-générale, ce que M. Ricord, poussé là par une saine et attentive observation, avait entrevu, à savoir, l'immunité constitutionnelle après les chancres à bubons suppurants, et, au contraire, l'empoisonnement général avec les chancres indurés et les adénites indolentes. De la sorte, on purgeait la thérapeutique de traitements mercuriels inutiles ou dangereux, et l'on évitait de se jetter dans des abstractions très-problématiques.

Je sais bien que je suis très à l'aise pour tenir ce langage, parce que, pour des raisons que je ferai connaître plus tard, je pense que le mercure ne doit jamais être adressé qu'à la syphilis constitutionnelle confirmée par les symptômes généraux; mais je ne crains pas de dire qu'il y a un danger au point de vue du pronostic, et que, dans beaucoup de cas déjà, la dualité a été plus fatale aux médecins qu'elle n'a été utile aux malades. En effet, lorsqu'on voyait autrefois une ulcération sur les organes génitaux, ou bien on faisait suivre immédiatement au malade un traitement mercuriel, et c'est là, je le reconnais, qu'était l'abus, ou bien, sans traitement, on l'avertissait que, plus tard, il pourrait avoir des symptômes de syphilis constitutionnelle, et la prévision médicale était sauvegardée. Aujourd'hui une ulcération se produit, elle s'accompagne d'une sécrétion purulente abondante, sa base reste molle, les ganglions s'enflamment et tendent à la suppuration, ou même ils suppurent, on rassure le malade sur l'avenir, on lui dit que son affection est toute locale; mais à l'insu du malade l'ulcération change d'aspect, ou, s'il le constate, il croit que telle est la marche qu'elle doit suivre; elle s'indure, les ganglions, d'abord douloureux, deviennent indolents, puis, au bout d'un certain temps, des manifestations syphilitiques éclatent. Croit-on que le malade n'est pas alors en droit d'accuser le médecin qui l'a laissé dans une quiétude parfaite? Depuis quelques années, j'ai vu de ces cas en assez grand nombre. J'en trouve un, rapporté tout récemment par M. Diday à la Société impériale de Lyon, qui vient à l'appui de ce que j'avance: Un jeune homme avait contracté, il y a quelques années, des chancrelles (on sait que c'est le nom que M. Diday a donné aux chancres mous) qui furent rapidement guéries à la suite d'une cautérisation. Un jour du mois de janvier

dernier, ce jeune homme montre à M. Diday de nouvelles chancrelles datant de trois jours et survenues trois jours après le coït. L'auteur cautérise et *porte un pronostic favorable.* Mais aujourd'hui le malade est venu se présenter à lui porteur d'accidents secondaires manifestes, etc.

J'ai dit plus haut que j'avais appris à mes dépens à me défier du chancre mou ; voici un exemple frappant de la réserve qu'il faut apporter dans le pronostic de toutes les ulcérations des organes génitaux : Il y a un an, un jeune homme, sur le point de se marier, voit paraître à la verge, le surlendemain d'un coït douteux, une ulcération sans caractères tranchés qu'il attribue à un simple déchirement mécanique de la muqueuse. Son médecin habituel est du même avis que lui, mais pour plus de sûreté il l'engage à voir un spécialiste; celui-ci, homme des plus expérimentés, touche la base de l'ulcération, interroge les ganglions inguinaux, s'enquiert du laps de temps écoulé entre le coït et l'apparition de l'ulcération, et dit qu'il a affaire à une ulcération herpétique, peut-être à un chancre mou, mais, qu'en tous cas, c'est une maladie qui n'aura pas de suites fâcheuses ; il ajoute qu'aussitôt que la plaie sera cicatrisée, le mariage projeté pourra avoir lieu. Cependant l'ulcération marche toujours. Le médecin ordinaire s'inquiète, et au bout d'un mois m'adresse son client. Je constate un chancre induré et une ganglionite indolente aussi claire que possible; j'annonce une explosion constitutionnelle prochaine et j'éloigne indéfiniment tout projet d'un mariage que le malade, fort du premier avis qui lui avait été donné, avait laissé s'engager de plus en plus. Trois semaines après il était en pleine vérole. Je laisse à penser s'il se plaignit du premier pronostic qui, certainement, avait été porté par suite de la théorie dualiste.

On m'objectera sans doute que la doctrine n'est pas responsable des fautes de la pratique; cela est assurément très-vrai, mais quand on voit des erreurs commises par les médecins les plus expérimentés en syphilis, je prétends, qu'avec les idées doctrinales actuelles, souvent si difficiles à saisir, ces erreurs seront fréquentes de la part des praticiens peu versés dans l'étude de la spécialité.

Ici j'aurais à établir les caractères du chancre mou et ceux du chancre induré, à démontrer l'incubation, plus longue dans une variété que dans l'autre, mais existant indubitablement et prouvée physiologiquement et expérimentalement dans les deux. J'aurais à faire voir les mêmes complications inflammatoires, diphthéritiques, gangréneuses, phagédéniques dans chacune d'elles. J'aurais

à m'appesantir sur l'état des ganglions, sur le peu de compte que l'on en tient lorsqu'on a sous les yeux un chancre à base molle, mais je suis obligé de renvoyer ces considérations aux chapitres qui leur seront consacrés et où j'aurai à entrer dans de grands détails descriptifs. Pour le moment, malgré ma meilleure volonté de croire au progrès, je reste l'historien des faits que j'ai observés, je ne les interprète qu'en y voyant l'unité dans la variété. Aussi, je ne puis que répéter aujourd'hui ce que j'écrivais il y a neuf ans, en résumant mon opinion sur le chancre : chancre induré, infection générale certaine; chancre non induré, mais avec induration des ganglions, infection générale probable; chancre non induré, ganglions non indurés, infection générale possible.

Contagion. — Lorsque éclata la grande épidémie du xve siècle attribuée à la syphilis, tous les modes de contagion furent acceptés; on crut non-seulement au contact infectant par deux surfaces saines, on alla jusqu'à adopter la transmission du mal au moyen de l'air expiré par l'individu infecté, et il fallut que cette dernière croyance fût bien généralement admise pour que trente et quelques années après la première apparition de la maladie épidémique, cette contagion ait été élevée au rang d'un crime politique. Or, l'histoire nous apprend que, vers 1529, le cardinal Wolsey fut accusé d'avoir communiqué la vérole à Henri VIII en lui parlant bas à l'oreille, et l'on a quelque peine à croire aujourd'hui, ce qui pourtant est exact, que cette inculpation ait pu constituer l'un des articles du bill d'accusation porté par la chambre haute d'Angleterre contre ce grand et fastueux ministre.

Alménar écrivait en 1512 qu'il fallait avoir la charité de croire, *pie credendum*, que la syphilis se transmettait par l'influence de l'air quand on la voyait sur de saintes personnes, nonnes ou religieux, et Fallope ajoutait que ces mêmes personnes pouvaient bien l'avoir prise au moyen de l'eau bénite; ce qui peut être plus vrai que ne le supposait cet auteur, le virus syphilitique pouvant conserver son action à l'état de dilution même assez considérable.

Cependant la plupart des auteurs contemporains de l'épidémie, tout en admettant ces différents modes de contagion, déclaraient que c'était surtout par le coït qu'elle avait lieu; c'était le dire de Pierre Pinctor, de Jean de Vigo, de Benedetti, etc.

La syphilis était donc rangée parmi les affections miasmatiques; elle en fut tirée par Fernel qui, le premier, reconnut que le virus ne se transmettait que par contact immédiat, mais qui étendit

beaucoup ce principe en admettant la contagion par la sueur, ce que plus tard soutint encore Van Swieten.

Depuis Fernel, tous les syphilographes ont admis la contagion directe ; et elle est prouvée artificiellement par l'inoculation de quelque manière qu'elle soit faite, et physiologiquement par le contact de la matière fournie par la lésion d'un sujet malade sur un sujet sain, c'est la contagion directe ou immédiate. Mais il est un mode de contagion de la syphilis sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord, et dont l'authenticité, mise en doute par quelques-uns, admise avec réserve ou regardée comme impossible par un certain nombre, n'a jamais reçu la sanction de l'expérimentation. C'est pour éclairer ce point de la science que j'ai entrepris les recherches que je ferai connaître dans un instant.

Il arrive à tous les praticiens, et plus encore à ceux qui s'occupent spécialement de syphilis, d'être consultés par des malades affectés de chancres provenant de femmes soumises ensuite à l'examen et chez lesquelles l'attention la plus scrupuleuse ne fait absolument rien découvrir qui ait pu donner lieu à la contagion. C'est là un fait commun et qui devait l'être bien plus encore lorsque le spéculum n'était pas, comme il l'est aujourd'hui, indispensablement appliqué à la recherche des symptômes vénériens chez les femmes.

Je mets immédiatement de côté la mauvaise foi de certains malades qui croient avoir intérêt à cacher la véritable source de l'infection ou qui très-consciencieusement ne la soupçonnent pas. Je fais également abstraction des cas nombreux dans lesquels l'examen des parties génitales et celui de toutes les muqueuses qui confinent à la peau n'a pas été fait avec tout le soin désirable.

Je suppose un malade qui dit avoir gagné des chancres avec une personne suspecte, une fille publique, par exemple, c'est-à-dire une femme qui a pu dans un espace de temps très-court exercer le coït avec plusieurs hommes dont elle ne connaît pas l'état de santé. On ne découvre chez elle aucune ulcération, aucune trace de solution de continuité récente, pas la moindre rougeur anormale; peut-on supposer que cette femme a reçu d'un premier homme le principe syphilitique qu'elle a transmis à un autre sans en ressentir elle-même l'influence, sans que la muqueuse sur laquelle le liquide virulent a été déposé lui ait ouvert une porte d'entrée capable de lui livrer passage dans l'économie, ou tout au moins de manifester localement sa présence, en un mot, cette

femme a-t-elle pu servir de simple véhicule et favoriser à son insu une contagion médiate?

Ce n'est pas d'aujourd'hui que cette question est soulevée; on la trouve dans la plupart des auteurs qui se sont occupés des moyens de contagion de la syphilis; on voit même dans les écrivains antérieurs à l'épidémie du xve siècle ce mode de communication admis pour la lèpre, et voici à cet égard comment, en se fondant sur ce qu'ont dit de la variété de la lèpre désignée sous le nom d'arsure, Gilbert l'Anglais en 1210, Théodoric en 1250, et Jean de Gaddesden, qui n'a guère fait que copier les deux premiers en 1492, voici comment s'exprime Astruc : « Que si quelquefois peut-être on ne contractait pas la lèpre même par un tel commerce, le coït, il arrivait au moins que pour avoir couché avec des lépreuses ou même avec d'autres qui, quoique saines d'ailleurs, avaient eu affaire peu de temps auparavant à des lépreux, les parties génitales se trouvaient le plus souvent attaquées de phlogose ou d'inflammation, d'érysipèle, d'exulcérations, de phlyctènes, ce qui causait la difficulté d'uriner et, comme on parlait, l'ardeur, l'incendie, l'arsure. »

Le mode de contagion dont je m'occupe a été indiqué par les auteurs de cette époque. Ainsi Wideman, qui l'un des premiers a écrit sur la syphilis, dit en parlant des communications possibles : « *Summoperè tamen cavendum ne coitus fiat cum muliere pustulatâ, imo neque cum sanâ cum quâ priùs brevi temporis spatio concubuit vir pustulatus, propter evitare contagionis periculum. Jam enim cognitum ex experientiâ ut subsequens post pustulatum recenter inficitur.* »

Plus tard, Fernel, dont la latinité est plus obscure et plus difficile à comprendre, donne aussi comme possible ce mode de contagion dans le passage suivant : « *Hauritur etiam interdùm lues à scorto quod nondùm sit inquinatum cùm quis cum eo volutatur, mox ab alio impuro scortatore.* »

On trouve dans Thierry de Hery, dont l'ouvrage est daté de 1535, la phrase que voici : « Le dict venin se communique et est porté es parties principales aydant à ce les coïncidens ou adjuvans : comme se délecter trop longuement en tel acte quand l'homme ou la femme infectés sont pleins de mauvais suc ou que la femme a quelques fluxions blanches, pasles ou autrement décolorées ou que récemment elle a eu compagnie d'aucun ayant la dite vairolle. »

Ambroise Paré, qui du reste n'a guère fait que répéter presque

tout l'ouvrage de Héry, ne met pas en doute la possibilité de ce moyen de contagion de la syphilis.

Que si maintenant nous arrivons aux auteurs du siècle dernier et à ceux qui ont écrit plus récemment encore, nous voyons la même opinion admise, mais toujours avec quelque réserve et sans preuves. J'ai déjà rapporté ce que dit Astruc au sujet de l'arsure, voici actuellement ce qu'il dit de la syphilis : « On croit aussi qu'un homme sain peut prendre la vérole avec une femme saine, si cette femme, après avoir eu commerce un peu auparavant avec un homme gâté, souffre les approches de l'autre sans s'être lavée; d'autant que les restes de la semence corrompue qu'elle a reçue depuis peu et qui est retenue dans la matrice ou dans le vagin, peuvent communiquer au gland de l'homme avec qui elle a ensuite affaire la même corruption que lui communiquerait la semence de cette femme si elle était elle-même gâtée. »

Swediaur admet la même opinion, mais il va beaucoup plus loin, et il tombe même dans l'exagération lorsqu'il écrit : « Nous voyons très-souvent que des femmes publiques communiquent la maladie à différentes personnes pendant plusieurs semaines de suite, tandis qu'elles n'en ont pas elles-mêmes le moindre symptôme apparent, soit local, soit général, le virus demeurant durant tout ce temps dans le vagin sans produire la moindre action ni dans ce canal ni dans le système du corps. »

Je dis que Swediaur est tombé dans l'exagération, je me trompe; il a fait des erreurs de diagnostic en ne reconnaissant pas des lésions qui devaient exister à la partie supérieure du vagin ou sur le col de l'utérus, et qui conservaient leur propriété contagieuse pendant tout le temps de leur évolution normale.

Hernandez pense qu'une personne peut avoir pris récemment le virus syphilitique d'un chancre, et qu'une autre peut le lui enlever sans qu'il en reste aucune parcelle sur la première.

Mon père n'admettait qu'avec une grande réserve la contagion médiate, et seulement, disait-il, afin d'expliquer certains faits qui sans cela resteraient inexplicables.

De nos jours, M. Ricord, examinant la possibilité de cette contagion, n'hésite pas à l'admettre, et voici comment il s'exprime dans les notes de Hunter au chapitre de la nature du virus syphilitique : « Quand on a cru que les femmes avaient pu communiquer la maladie sans en présenter aucune trace, c'est qu'elles étaient atteintes de symptômes profonds et cachés qu'on ne décou-

vrait pas faute d'exploration au spéculum, ou bien qu'ayant eu des rapports préalables avec des hommes infectés, elles avaient momentanément recueilli dans leurs organes du pus virulent qu'elles avaient pu transmettre ensuite sans devenir elles-mêmes malades. »

M. Cazenave, qui a touché cette question dans la remarquable introduction à son traité des syphilides, et qui à ce propos cite Wideman, Trajan Pétrone et Hernandez, n'ajoute pas une foi entière à ce que disent ces auteurs. Il pense que les faits de cette nature sont à la rigueur possibles, mais il semble ne les accepter qu'à regret, et il reproche à l'école de M. Ricord de s'en être servie pour expliquer certains résultats d'inoculation qu'il ne saurait admettre.

Je pourrais multiplier les citations, mais celles que je viens de faire me paraissent suffisantes pour démontrer que le fait de la contagion médiate dont il s'agit n'est encore regardé que comme possible à priori sans qu'il en existe une seule observation bien circonstanciée. Voici les expériences que j'ai instituées pour éclairer ce point.

La nommée Louise Vaudet, âgée de seize ans, est entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 9, le 10 octobre 1848. Elle portait dans chaque aine une ulcération à fond grisâtre et à bords taillés à pic. La maladie date d'un mois; elle n'a pas été traitée, et lors de l'entrée à l'hôpital, il y a une violente inflammation de la peau du ventre et de celle de la partie supérieure des cuisses par suite de la marche. Bains, cataplasmes, repos au lit pendant plusieurs jours. Lorsque l'examen des parties génitales peut être fait sans douleur, on ne constate aucune trace d'ulcération ni à la vulve ni à l'anus. Tout le vagin est rouge et le siége d'une sécrétion muco-purulente abondante mais sans ulcération ; le col de l'ultérus est sain.

Pansement des ulcérations chancreuses des aines avec de la charpie imbibée de vin aromatique, injections vaginales avec une solution d'alun. Six semaines après l'entrée de la malade à l'hôpital, les ulcérations ont diminué de moitié et la vaginite est singulièrement amendée. Le 25 novembre, après m'être de nouveau bien assuré que la muqueuse de la vulve et du vagin n'est ulcérée en aucun point et que le produit de la sécrétion de ces parties n'est pas inoculable, je recueillis sur une spatule le pus d'un des chancres inguinaux en assez grande quantité et je le portai dans le vagin. Je fis promener la malade pendant trente-cinq minutes

en la surveillant de manière qu'elle ne portât pas la main à la vulve. Au bout de ce temps, je pris sur une lancette une certaine quantité de l'humidité vaginale et j'inoculai une des cuisses de la malade. Je lavai ensuite à grande eau tout le vagin et la vulve, j'essuyai avec précaution, puis je lavai de nouveau avec de l'eau fortement aluminée. Quarante-huit heures après, la piqûre d'inoculation avait donné lieu à la pustule la plus caractéristique. Je la respectai jusqu'au lendemain pour plus d'exactitude dans l'expérience et je la détruisis alors avec le caustique de Vienne. Rien absolument ne parut au vagin, l'inflammation n'y fut pas augmentée, et deux mois après la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie et de la vaginite et des ulcérations inguinales.

La seconde expérience a été faite sur la nommée Célestine X..., âgée de vingt-quatre ans, entrée à Lourcine, salle Saint-Louis, n° 7, le 28 novembre 1848. Elle portait à l'aine droite un bubon ulcéré qui datait de deux mois et qui avait succédé, dit-elle, à un petit bouton qui n'a duré que quelques jours et qui siégeait sur la surface interne d'une des grandes lèvres. A l'époque de l'entrée à l'hôpital on ne distingue plus la trace de ce bouton. La vulve, le vagin, le col de l'utérus et l'anus sont à l'état tout à fait normal. L'aspect de l'ulcération de l'aine me fait supposer qu'elle est spécifique. Dès le lendemain 29, le pus du bubon est pris avec une spatule et placé dans le vagin en imprimant quelques mouvements de va-et-vient et tâchant de le porter aussi haut que possible. La malade se promène ensuite pendant près d'une heure sans savoir qu'elle est l'objet d'une expérimentation. Elle est ramenée au lit, et alors je recueille sur une lancette tout ce que je puis des humidités vaginales, en faisant remarquer aux élèves et à quelques jeunes confrères qui m'entourent, qu'on ne distingue plus le pus introduit dans le vagin, et que ce que j'ai sur ma lancette ressemble tout à fait au mucus normal. J'inocule à l'une des cuisses et j'emploie les mêmes précautions de lavage que dans le cas précédent. Dès le lendemain la pustule caractéristique s'élève et je ne la détruis qu'après quarante-huit heures. La vulve, le vagin et le col utérin sont ensuite surveillés pendant quelques jours; mais rien n'y paraît, le mal reste borné à l'aine. Je ne dois pas omettre de dire que bien qu'il n'y eût aucun signe de maladie à l'intérieur des organes génitaux, je n'en fis pas moins le même jour une inoculation avec le mucus qui les baigne, et que cette inoculation resta négative.

Ces deux expériences prouvent surabondamment que la con-

tagion médiate par l'intermédiaire du vagin, qui jusqu'à présent n'a été regardée que comme possible, est désormais un fait acquis à la science, et ce qui n'était qu'une probabilité passe à l'état de certitude. La première est surtout remarquable en ce qu'elle fait comprendre comment il se peut faire qu'un homme a contracté un chancre avec une femme chez laquelle on ne trouve qu'une vaginite, et l'on sait que c'est une objection qui a souvent été faite à la théorie de la non-identité. Elles prouvent toutes les deux que si, en général, le scepticisme doit être appliqué à l'étiologie des affections vénériennes, il est pourtant certaines circonstances dans lesquelles il faut s'en départir, et cela principalement quand on connaît les mœurs de la femme qui est accusée d'avoir donné du mal et qui pourtant est trouvée saine.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien ces expériences indiquent l'utilité des moyens prophylactiques de la syphilis, et pour moi ces moyens se réduisent à un seul vraiment efficace, le lavage à grande eau, avec ou sans addition de substances étrangères, après un coït suspect. M. Ricord l'a écrit quelque part : les maladies vénériennes seraient moins fréquentes si les femmes étaient propres. J'ajouterais volontiers que ces maladies seraient plus rares encore si les hommes étaient aussi plus soigneux et s'ils étaient moins confiants. Plus soigneux, cela va sans dire, puisque s'il est démontré que du pus virulent peut séjourner impunément pendant un certain temps dans les replis du vagin, il faut admettre qu'il en est ainsi pour les replis du prépuce. Moins confiants, parce que nous savons tous que beaucoup de malades, et je parle ici des gens du monde, ont peine à se persuader qu'ils peuvent être trompés par les femmes avec lesquelles ils ont des rapports, et qu'alors ils ne prennent pas après le coït les précautions de toilette qu'ils prendraient avec des femmes qui seraient réellement suspectes. M. Ricord rapporte le fait suivant : « Un jeune homme eut des rapports avec une femme affectée de chancres; il eut le même jour des relations avec sa maîtresse habituelle, qui fut infectée de la même maladie sans que lui-même en fût atteint; il est à remarquer que ce jeune homme ne s'était pas lavé après le coït et que chez lui le prépuce était fort long. »

Je n'ai fait que deux expériences, c'est peu sans doute, mais j'avoue que j'ai cru devoir mettre plus de réserve ici que dans les inoculations de la peau, parce que si dans ce dernier cas on est toujours sûr d'arrêter à volonté les progrès du chancre qu'on détermine, on aurait plus de difficulté peut-être à faire avorter une

ulcération des profondeurs du vagin. La même raison m'a engagé à ne pas laisser plus d'une heure le pus virulent en contact avec la muqueuse vaginale, temps qui d'ailleurs m'a paru assez prolongé pour le but que je me proposais. Au surplus, deux observations bien suivies et faites avec toutes les garanties possibles sont plus que suffisantes pour une question à laquelle il ne manquait que l'épreuve de l'expérimentation ; mais cette épreuve était nécessaire ici comme dans le cas de contagion médiate au moyen des corps inertes. On sait, en effet, que des doutes ont été élevés sur la réalité de la transmission de la syphilis de cette manière, parce que, disait-on, le pus virulent a besoin de la chaleur vitale pour conserver ses propriétés contagieuses. L'inoculation à la lancette a démontré que c'était là une erreur, M. Ricord a conservé pendant plusieurs jours du pus chancreux entre deux verres, comme on conserve le vaccin, et avec ce pus il a produit un chancre. J'ai fait moi-même quelques expériences, et je suis arrivé an même résultat. Je ne citerai qu'un seul fait. La nommée Eugénie Bourges, vingt-cinq ans, couchée au n° 16 de la salle Sainte-Marie à l'hôpital de Lourcine, est affectée de chancres nombreux à la vulve et de deux ulcères de même nature dans les aines. Le 22 septembre 1849, je prends sur une de ces ulcérations toute la sécrétion qui s'y trouve et je la dépose sur un morceau de verre que je laisse à l'air libre pendant quarante-huit heures. Le 24, je délaye avec une très-petite quantité d'eau ce pus concrété, je l'inocule à l'une des cuisses de la malade et deux jours après j'ai une pustule modèle.

Cette expérience est plus concluante encore que celle de M. Ricord, puisqu'il avait mis le pus à l'abri du contact de l'air, tandis que je n'ai pris aucune précaution pour en garantir celui avec lequel j'ai expérimenté.

Que maintenant on remplace le morceau de vitre dont je me suis servi par un verre à boire, une cuiller, une fourchette, un tuyau de pipe, dans le cas de chancre des lèvres, par des vêtements, un vase de nuit ou l'ouverture des lieux d'aisances, pour ceux de la verge ou de la vulve, et l'on pourra avoir involontairement les conséquences que j'ai cherchées artificiellement.

J'ai eu, il y a peu de temps, par devers moi un exemple d'inoculation médiate par un objet de toilette, c'est celui d'une femme affectée de chancres à la vulve, qui en communiqua à sa fille âgée de trois ans, en se servant, pour laver cette enfant, de l'éponge dont elle venait de faire usage pour elle-même. J'avoue que si

je n'avais pas été éclairé par ce que je savais des expériences sur la contagion médiate, j'aurais pu avoir un instant d'hésitation ou d'embarras, parce que cette femme, qui partageait le même lit avec sa fille, avait en même temps que les chancres de la vulve, des plaques muqueuses dans la gorge et des taches de roséole sur tout le corps.

Je suis convaincu que des faits analogues ne sont pas rares, et que souvent dans quelques circonstances de contagion médiate par le vagin, on a pu donner comme preuve de l'identité du chancre et de la blennorrhagie, des cas physiologiquement semblables à ceux que j'ai produits par l'expérimentation.

Dans ces derniers temps, la contagion médiate de la syphilis a été cliniquement mise en relief par M. Rollet, dans un des bons chapitres de son ouvrage où l'on signale la transmission fréquente observée sur les ouvriers verriers qui, pour souffler les bouteilles se servent d'un tube de fer appelé *canne*, qu'ils se passent de bouche en bouche, et à la suite de l'usage duquel des infections commençant par la bouche ont eu lieu. Ce mode de contagion se répéterait même si souvent dans les départements du Rhône et de la Loire où les fabriques de verre sont nombreuses, qu'un médecin distingué de Lyon, le docteur Chassagny, a inventé un instrument ingénieux, sorte d'embouchure qui se fixe sur l'extrémité buccale de la canne et qui est propre à chaque ouvrier.

C'est de la même façon qu'une dame de la clientèle de M. Hillairet, sur la moralité de laquelle il était bien difficile d'avoir des soupçons, gagna un chancre de la lèvre inférieure suivi d'une syphilis constitutionnelle terrible que je soignai de concert avec mon honorable collègue, après avoir bu dans un verre dont s'était servi une personne de son entourage, affectée elle aussi d'un chancre de la même région. C'est également ainsi qu'à l'hôpital de Lourcine, un de mes élèves contracta un chancre labial parce que, malgré mes recommandations il avait conservé la mauvaise habitude de placer entre ses lèvres la plume dont il se servait pour tenir le cahier de visite et qui était souillée par ses doigts qui avaient touché toutes sortes d'ulcérations.

Voilà donc acceptés, d'une manière générale, les différents modes de contagion de la syphilis. Mais est-ce à toutes les périodes de son évolution et aussi bien par les symptômes constitutionnels que par le symptôme primitif qu'elle est capable de se transmettre? Avant Hunter tous les syphilographes, à peu près, avaient admis la contagion, mais sans s'expliquer sur son époque.

Le premier, il se livra à des expériences desquelles il résulta pour lui la conviction que l'accident primitif seul est transmissible. C'est par l'inoculation que Hunter arriva à dénier aux symptômes secondaires toute propriété contagieuse aussi bien au produit de sécrétion de ces lésions, qu'il la refusait au produit des sécrétions normales des syphilitiques, salive, sperme, sang, ces derniers liquides n'étant ni inoculables ni contagieux. Hunter croit que le pus des accidents secondaires a cessé d'être vénérien, et la raison qu'il en donne, c'est que les ulcérations constitutionnelles ne peuvent pas, comme le chancre, déterminer de bubons.

Hunter avait fait un petit nombre d'expériences et si l'on ne peut pas dire qu'elles étaient tombées dans l'oubli, au moins est-il certain qu'on n'en tenait plus grand compte, lorsqu'elles furent reprises et pratiquées sur une grande échelle par M. Ricord qui, pendant trente ans, continua à professer la doctrine huntérienne, s'appuyant, comme l'illustre syphilographe anglais, sur la non-inoculabilité des lésions secondaires au malade lui-même.

Chose remarquable, tandis qu'en France M. Ricord, par ses écrits et par un enseignement des plus populaires, entraînait dans sa voie scientifique plusieurs générations médicales, à la même époque, en Angleterre, le dogme huntérien était attaqué par les mêmes armes, l'expérimentation, et dès 1835 Wallace démontrait la contagiosité secondaire, mais en ayant recours à un moyen plus péremptoire, c'est-à-dire en portant la sécrétion contagieuse du sujet malade au sujet sain.

Les expériences de Wallace auxquleles, quelques années après, vinrent s'ajouter celles de Vidal (de Cassis), celles de Waller, celles de Rinecker, celles de l'anonyme du Palatinat, furent des arguments que les contagionistes opposèrent sans cesse aux doctrines huntériennes, mais comme elles étaient en dehors de ce qu'on croyait voir à l'hôpital du Midi, où d'ailleurs elles étaient vivement argumentées dans un sens défavorable à ce qu'elles avaient la prétention de prouver, chaque parti restait dans sa croyance.

Je ne rappellerai pas les nombreux débats qu'a soulevés de notre temps la contagiosité de la syphilis secondaire, niée par les uns, affirmée par les autres, avec une ardeur et une conviction égales des deux côtés. Des faits cliniques, et mieux que ces faits, leur interprétation satisfaisante, des expériences hardies et renouvelées malheureusement en assez grand nombre, ont mis fin à tant de discussions, en donnant raison à ceux qui défendaient e dogme de la contagion.

Maintenant que la question est jugée, et que sont éteintes les passions qui s'agitaient autour d'elle, on se demande, non sans quelque étonnement, comment elle a pu donner lieu pendant si longtemps à de telles controverses. Sans doute l'observation clinique, en ce qui touche la syphilis, est souvent entourée de grandes difficultés; mais, quelque nombreuses que puissent être ces difficultés, elles ne suffisent pas pour expliquer une aussi complète divergence d'opinions. La raison en est ailleurs. Elle est, suivant moi, dans le peu de précision apporté par les contagionistes à l'étude et au développement de la question, dans l'obscurité qu'ils n'ont pas su dissiper touchant le principal élément du problème à résoudre. Tous, en effet, se bornaient à dire : Les symptômes secondaires de la syphilis sont contagieux; voici des observations, voici des expériences, regardez et croyez. C'était beaucoup, sans doute, mais cela ne suffisait pas pour entraîner la conviction. Il fallait encore s'expliquer sur les caractères et sur la nature de la lésion transmise, dire sous quelle forme primitive se manifeste la contagion secondaire, par quel accident débute la syphilis ainsi communiquée. C'était là le point capital de la question, et cependant aucun auteur ne semblait s'en préoccuper, aucun n'avait dégagé le mystère de cette contagion.

Privées de cet élément nécessaire, observations et expériences des contagionistes, si bien faites qu'on les supposât, prêtaient le flanc aux interprétations de leurs adversaires, qui, loin d'en être ébranlés, s'en faisaient une arme pour la défense de leur opinion.

La doctrine de ces derniers, qui était aussi la mienne, reposait sur ce principe que la syphilis a constamment le chancre pour point de départ. Le chancre, disait-on, est à la vérole constitutionnelle ce que la morsure du chien enragé est à l'hydrophobie, car jamais nous n'avions vu la syphilis débuter d'emblée par ses formes constitutionnelles, l'héréditaire exceptée, bien entendu.

Les expériences d'inoculation faites par Hunter, en petit nombre il est vrai, mais reprises et poursuivies par M. Ricord, à une époque où les caractères des deux variétés de l'ulcère primitif étaient moins connus, nous avaient fait admettre une différence absolue de propriétés entre la matière sécrétée par le chancre et celle des lésions secondaires : la première s'inoculant le plus souvent avec succès sur le malade lui-même, la seconde demeurant presque invariablement stérile.

De cette différence, que la lancette traduisait ainsi en un fait matériel, évident pour tous, nous avions tiré comme conclusion

cet autre principe, que le chancre seul reproduit le chancre.

La conséquence de ces deux principes nous conduisait forcément à nier la transmission par contagion directe de la syphilis constitutionnelle. Le chancre, disions-nous, est le point de départ obligé de la syphilis; or le chancre seul produit le chancre : donc les accidents secondaires ne sont pas contagieux.

Ainsi appuyée sur l'expérimentation et sur une logique qui avait bien quelque rigueur, notre conviction nous paraissait, devait nous paraître inébranlable. Pour y faire entrer le doute, il eût fallu nous dire et surtout nous prouver par des faits que l'une des prémisses de notre raisonnement était fausse. Or, c'est ce que ne faisait aucun de nos adversaires. Tous se bornaient, comme je l'ai dit plus haut, à attaquer simplement notre conclusion, en alléguant des observations et des expériences de transmission dont le point de départ, c'est-à-dire l'accident initial, n'était pas indiqué ou du moins n'était signalé que d'une manière vague et insaisissable.

Cependant, s'il était absolument vrai que la syphilis débutât toujours par le chancre, était-il également certain que le chancre seul produisît le chancre? Les expériences sur lesquelles M. Ricord avait établi ce dernier principe n'avaient été pratiquées que sur les malades eux-mêmes, répétons-le bien haut à sa louange, car si notre collègue a fait fausse route au point de vue scientifique, et si d'autres l'ont suivi dans cette voie, jamais pour appuyer sa doctrine, il ne s'est cru en droit de disposer de la santé d'autrui et d'expérimenter sur des sujets bien portants. Or le pus des lésions secondaires inoculé à un individu sain ne pouvait-il pas, lui aussi, engendrer le chancre? S'il en était ainsi, la contagiosité de la syphilis constitutionnelle était démontrée, et le problème si longtemps débattu recevait enfin sa solution la plus acceptable, et, disons-le, la plus conforme à la loi de développement des maladies virulentes, qui toutes commencent invariablement par leurs symptômes initiaux, quelle que soit la période plus ou moins avancée de la maladie qui en a transmis le germe.

En effet, si les lésions secondaires de la syphilis sont contagieuses, c'est évidemment parce qu'elles recèlent le virus vénérien; or ce virus, quelle que soit la source où on l'a puisé, est un, et toujours, quant à sa nature, identique avec lui-même. Donc il doit, transporté sur un individu sain, reproduire la série complète des accidents propres à la syphilis, c'est-à-dire la maladie tout entière, en commençant par le chancre, qui en est la pre-

mière manifestation. C'est en 1856 que M. le docteur Edmond Langlebert saisit le premier le fait de la transmission de la vérole secondaire par le chancre. Une seule observation le lui avait révélé; mais telle était sa confiance en cette observation suivie pas à pas, qu'il n'hésita point à l'ériger en une loi pathogénique qu'il formula de la manière suivante : La syphilis constitutionnelle a constamment pour point de départ un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire. Deux ans plus tard, en 1858, M. Langlebert publia dans le *Moniteur des hôpitaux* un mémoire sur le même sujet, où sont exposées avec détail les premières observations qui aient paru dans la science pour montrer le chancre comme première conséquence de la contagion d'accidents secondaires.

Depuis ce temps, les observations de ce genre se sont multipliées. Un nouvel ouvrage de M. Langlebert en contient six autres où l'on voit le chancre induré, avec sa pléiade ganglionnaire caractéristique, prendre naissance à la suite de rapports entre sujets sains et sujets affectés de syphilis constitutionnelle.

A notre époque d'observation et de libre examen, il est rare qu'une idée nouvelle, lorsqu'elle porte en soi le germe de la vérité, tarde longtemps à se faire jour et à conquérir des adhérents. Aussi celle de M. Langlebert, malgré sa date récente, a-t-elle été l'objet de travaux déjà nombreux, qui ont puissamment contribué à la populariser.

Parmi ces travaux, je citerai en première ligne, et volontiers je dis hors ligne, le mémoire de M. le docteur Rollet (de Lyon), publié en 1859 dans les *Archives générales de médecine*, mémoire très-remarquable à plus d'un titre, très-bien fait, où les observations sont présentées avec un esprit critique très-judicieux, et dans lequel rien n'a été épargné pour entraîner la conviction. M. Rollet, placé à la tête d'un hôpital, et par conséquent sur un plus vaste théâtre que ne l'est M. Langlebert, a pu à son gré étendre la question et envisager la nouvelle doctrine au point de vue clinique et expérimental; il l'a scrutée avec tant de persévérance et avec tant d'ardeur, qu'il a fini par la faire sienne.

Après le mémoire de M. Rollet, ont paru successivement sur le même sujet : un travail publié en juin 1859 dans l'*Art médical*; — une thèse de M. Guyenot, de Lyon (août 1859), où ce jeune médecin, après avoir soumis à une savante discussion les expériences d'inoculation de syphilis constitutionnelle faites sur l'homme

sain par Wallace, par Waller, par Vidal, par Rinecker, et en dernier lieu par M. Gibert, a prouvé que dans toutes ces expériences le résultat de l'inoculation a constamment présenté tous les caractères propres au chancre induré; — la thèse de M. Alfred Fournier, l'habile interprète de M. Ricord (février 1860), où la nouvelle doctrine de la contagion syphilitique secondaire est largement exposée, avec de nombreux faits à l'appui; — un mémoire fort remarquable de M. le docteur Galligo (de Florence) sur les divers points de syphilographie, publié en août 1860 dans la *Gazette hebdomadaire*, où se trouve la relation d'une expérience faite sur lui-même par notre courageux confrère, et dans laquelle on voit un chancre se développer dix-sept jours après une inoculation de pus pris sur des plaques muqueuses; — enfin, la thèse de M. Alexandre Viennois (30 août 1860), dans laquelle on trouve un résumé utile à consulter de la plupart des observations et des expériences relatives à la transmission de la syphilis, ouvrages qui me paraissent avoir établi par l'observation et par l'expérimentation le fait si longtemps controversé de la contagion des lésions secondaires de la syphilis.

Est-il vrai cependant que la défaite des non-contagionistes ait été aussi complète qu'on a bien voulu le dire? Je ne le pense pas. Et qu'on ne croie pas qu'en parlant ainsi je cherche un subterfuge pour défendre encore la doctrine absolue de Hunter : mais la syphilis, disions-nous, débute toujours par un chancre; jamais elle ne se montre d'emblée sous ses formes constitutionnelles. Or, ces deux propositions, dont l'une n'est que le corollaire de l'autre, restent intactes en adoptant la nouvelle théorie de la contagion constitutionnelle.

Sans doute nous avions vu, comme tout le monde, des faits où cette contagion pouvait nous paraître probable; mais comme toujours la maladie transmise commençait par un chancre, nous supposions, et, pour être conséquent avec nous-même, nous devions supposer qu'un accident semblable actuellement disparu ou transformé en avait été l'origine. Entre autres faits, je me rappelle celui d'une nourrice entrée dans mon service à l'hôpital de Lourcine, me disant que son nourrisson l'avait infecté. J'examinai cette femme, et je trouvai un chancre du mamelon, chancre induré type, avec la pléiade ganglionnaire indolente dans l'aisselle; d'où je conclus avec M. Ricord, auquel j'avais fait voir la malade, que ce ne devait point être son nourrisson, affecté seulement de syphilis secondaire, qui lui avait communiqué le chan-

cre, mais plutôt son mari ou quelque autre individu ayant eu le même accident.

Maintenant qu'il est prouvé que des lésions secondaires peuvent aussi engendrer le chancre, tous ces faits qui nous embarrassaient alors trouvent dans la nouvelle doctrine leur explication naturelle. Aussi, tout récemment, dans un rapport administratif où j'avais à donner mon opinion sur une contagion de nourrisson à nourrice dans les mêmes circonstances que celles que je viens de signaler, c'est-à-dire plaques muqueuses à la bouche de l'enfant et chancre induré du mamelon avec pléiade axillaire indolente chez la nourrice, je n'ai pas élevé l'ombre d'un doute sur la transmission directe.

Une charmante petite fille de sept ans tombe en courant avec son ombrelle, et se fait une assez large déchirure à la paume de la main. Un de ses oncles présent à l'accident et obéissant au préjugé, qui veut que la succion d'une plaie en hâte la guérison, appliqua sa bouche sur la blessure. A six semaines de là, une roséole apparaît, et le docteur Coffin, médecin de la famille, me fait demander pour avoir mon avis. Je trouve dans la paume de la main une cicatrice gaufrée avec induration encore très-manifeste, et dans l'aisselle une agglomération ganglionnaire spécifique. Je désire voir l'oncle, et je lui trouve des plaques muqueuses à l'intérieur des joues et dans la gorge. A la rigueur il aurait pu, vu le temps écoulé, avoir eu aux lèvres un chancre cicatrisé au moment de ma visite, mais il le niait, et il me montra à la verge la cicatrice du chancre qui lui avait donné la vérole.

On apporta un jour à mon père un nouveau né, juif, chez lequel un chancre avait apparu à la verge quelque temps après la circoncision. Le père et la mère étaient sains, l'explication restait difficile. Presque en même temps mon père était consulté par un malade ayant des plaques muqueuses de la bouche. Ce malade interrogé, mon père apprit qu'il était rabbin, et qu'ayant circoncis le jeune israélite, il avait, suivant la coutume juive alors en usage, appliqué ses lèvres sur la verge de l'enfant après l'opération pour y pratiquer une succion qu'on croyait favorable à empêcher l'hémorrhagie.

Je pourrais à ces observations en ajouter encore un bon nombre d'autres qui me sont propres, soit d'enfants à nourrices, soit d'adultes entre eux, où j'ai pu prendre la contagion sur le fait, et que je reconnais avoir mal interprétées à une certaine époque; elles prouveraient une fois de plus que le chancre est toujours

l'exorde obligé de la vérole, et le seul accident résultant tout d'abord de l'inoculation ; tandis que les lésions secondaires ne peuvent se transmettre qu'en repassant par la forme primitive, et cette forme, qu'on l'appelle chancre induré ou papule, se conduit exactement de la même façon que le chancre résultant du chancre, puisque, comme dans celui-ci, il y a un premier temps d'incubation entre l'inoculation et l'apparition du symptôme, puis une nouvelle incubation entre ce symptôme et l'apparition de la manifestation constitutionnelle.

Il est certain que cette manière d'envisager la contagion secondaire est on ne peut plus séduisante. Pour mon compte, je l'accepte d'autant plus volontiers qu'elle explique bien des faits restés douteux dans l'esprit des non-contagionistes, et qu'elle se rapproche de mes opinions d'autrefois; mais est-elle exclusivement vraie, c'est-à-dire est-elle applicable à tous les cas? On sait que beaucoup d'auteurs pensent que toutes les formes de la syphilis constitutionnelle se transmettent dans leur essence, et que, si quelques-uns se sont ralliés au nouveau dogme, il en est d'autres, même parmi ceux qui n'ont pas reculé devant l'expérimentation sur l'homme sain, qui persistent dans leur opinion, et qui professent que la plaque muqueuse, par exemple, engendre la plaque muqueuse : aussi je me garderai bien d'être absolu. J'ai vu en syphilis s'écrouler tant de systèmes si bien conçus et si brillamment soutenus, que je puis bien me demander si celui dont je viens de m'occuper n'aura pas le même sort, quoiqu'il se présente, il faut le reconnaître, sous un aspect satisfaisant; mais l'avenir nous dira s'il est inattaquable. Pour cela, il a besoin de la consécration du temps. C'est une voie nouvelle ouverte à l'observation ; il faut la suivre.

Ce serait une erreur de croire que tous les symptômes constitutionnels possèdent au même degré la propriété contagieuse ; pour que celle-ci ait lieu, il faut de toute nécessité un produit de sécrétion humide. Le plus grand nombre de faits de contagion constitutionnelle se rapporte à des plaques muqueuses, et cela dans une proportion énorme, c'est presque exclusivement ainsi que s'opère la transmission de l'enfant à la nourrice : plaques muqueuses buccales, par syphilis héréditaire, chez le premier, chancre induré du mamelon chez la seconde. C'est tellement la règle que si l'on observe le contraire, c'est-à-dire plaques muqueuses au sein de la nourrice et chancre à la bouche de l'enfant, on sera en droit d'affirmer que la contagion naît de celle-là à celui-ci. La

même interprétation s'applique certainement aux adultes entre eux.

Les symptômes à pus spécial viennent ensuite, tels que les syphilides vésiculeuses et pustuleuses, mais les cas d'observation positive sont ici infiniment plus rares. A l'hôpital du Midi, MM. Rattier et Sarrhos ont en vain tenté de s'inoculer du pus ecthymateux. Moi-même lorsque j'étais à l'hôpital de Lourcine, je me suis fait sur l'avant-bras gauche deux piqûres à la lancette chargée de pus pris dans une des nombreuses pustules d'ecthyma lenticulaire dont était affectée une malade de mon service; ecthyma précédé six mois auparavant d'une roséole et de plaques muqueuses gutturales et vulvaires, guéries après trois mois d'un traitement par la liqueur de Van Swieten. Rien absolument ne parut aux points inoculés, je n'éprouvai qu'une assez vive démangeaison pendant les douze heures qui suivirent, et, je ne crains pas de l'avouer, une certaine appréhension pendant plusieurs semaines.

Ces expériences négatives, quoique devant être prises en considération, ne sont pas un argument contre la contagiosité du symptôme en question, et s'il en est de réelle (comme a la prétention de l'être celle de Vidal, de Cassis) il faut reconnaître que c'est dans la forme impétigineuse ou dans celle ecthymateuse superficielle que le pouvoir contagieux s'est révelé.

Si le doute est autorisé dans l'observation de Vidal, c'est qu'il a prétendu que le symptôme inoculé s'était reproduit dans son espèce sur le malade lui-même, fait déjà bien rare, à moins qu'il ne se soit passé dans ce cas ce que j'ai vu sur une malade affectée elle aussi d'un ecthyma très-généralisé. J'avais déchiré quelques-unes de ses pustules et j'en avais porté, à la lancette, le contenu sur des parties de peau saine. Après vingt-quatre heures j'obtenais une pustule qui avait la plus grande ressemblance avec les autres. Étonné de ce résultat, je pris une lancette toute neuve, très-propre, et je pratiquai plusieurs piqûres sur les portions de peau également saines, et bien que ma lancette ne fût chargée d'aucun principe contagieux, le lendemain j'avais encore des pustules; ce qui me fit supposer, et je crois avec juste raison, que chez cette femme il y avait, spécificité à part, une disposition pyogénique très-capable d'expliquer comme quoi les premières piqûres avaient eu un résultat qui dès l'abord paraissait décisif. Une seconde expérience en tout semblable à celle-ci, fut faite par moi sur un enfant également à l'hôpital de Lourcine. Ce qui porterait à croire que le fait de Vidal est de la même espèce que les deux miens,

c'est que, quand il a porté le pus de son malade sur un sujet sain, ce n'est plus une pustule qu'il a obtenu, mais bien un chancre induré des mieux conditionnés.

Je ne connais pas d'exemple bien sérieux et bien authentique de contagion par une lésion plus avancée de l'évolution syphilitique, telle que celles de l'ecthyma tardif, cet ecthyma qui laisse à la suite de la rupture de ses pustules des ulcérations profondes, celle du tubercule ulcéré, celle du pemphigus. J'en dirais autant et je serais même plus affirmatif pour les maladies celluleuses, fibreuses et osseuses qui constituent la période tertiaire, ce qui semble prouver que plus on s'éloigne du début et plus la diathèse vieillit, moins la contagion est à redouter.

L'infection syphilitique du sang était prouvée par la transmission de la vérole de la mère à l'enfant pendant la gestation, mais cela ne voulait pas dire qu'il fût contagieux et inoculable, aussi parmi les contagionistes les plus ardents y en avait-il beaucoup qui doutaient de cette contagiosité. Waller (de Prague) inocule un enfant scrofuleux avec le sang d'une femme syphilitique; mais comme chez cette femme atteinte d'une roséole papuleuse générale le sang est obtenu à l'aide de scarifications, on est en droit d'objecter que le tubercule (chancre induré) qui s'ensuit est le produit, non pas du sang, mais de la matière syphilitique contenue dans la lésion cutanée.

Mêmes objections au fait d'inoculation de M. Gibert, le sang un peu séreux, est-il dit dans l'observation, ayant été pris sur une large papule spécifique. Même incertitude des expériences de l'anonyme du Palatinat dans lesquelles le sang est obtenu par des scarifications faites sur la peau malade.

Mais en 1861, une expérience est instituée par Pellizari (de Florence), et celle-ci ne peut laisser aucun doute en considération de toutes les précautions minutieusement prises. Qu'on en juge :

« Le 6 février de la présente année, dit l'auteur italien, devant presque tous les praticiens de cette école, je fis l'inoculation du sang extrait d'une femme syphilitique sur MM. les docteurs Gustave Bargioni, Henri Rosi, praticiens externes, et Henri Passigli, chirurgien interne, tous indemnes d'antécédents syphilitiques.

» La femme dont je pris le sang pour l'expérience fut une certaine A. G... (de Pontasiève), âgée de vingt-cinq ans, nubile et enceinte de six mois. Elle s'était aperçue d'avoir une *bulle* aux parties génitales, qui resta seule et peu douloureuse jusqu'à huit ou dix jours avant notre visite, dès ce moment les *bulles* s'étaient

multipliées et lui causaient quelques inquiétudes. Examinée avec soin, elle présentait des papules muqueuses très-confluentes et sécrétant abondamment, aux parties génitales; une d'elles, située sur la grande lèvre gauche vers la commissure inférieure, précisément dans le point où la malade nous montrait avoir eu la première forme de maladie, était plus grande et plus élevée que les autres et avait une base franchement syphilitique. Celle-ci était ou l'ulcère infectant transformé en plaque muqueuse, ou une plaque muqueuse développée sur la cicatrice de l'ulcère primitif. On rencontrait aussi des papules muqueuses au pourtour de l'anus, et des glandes grosses, dures et indolentes aux aines. Il y avait sur le tronc un érythème assez confluent, on distinguait aussi des adénopathies dans la région postérieure du cou et des pustules acnéiformes sur le cuir chevelu ; aucun traitement antérieur n'avait été fait. Chez cette femme, au lieu d'extraire le sang au moyen d'une ventouse scarifiée, comme cela fut pratiqué dans d'autres expériences, on fit une saignée de la céphalique au pli du bras droit; aucune manifestation éruptive n'existait dans cette région qui fut d'abord lavée. Le chirurgien se lava soigneusement les mains, et le ruban, la lancette, le vase destiné à recevoir le sang, étaient tout à fait neufs. Le sang à peine extrait, on en imbiba un plumasseau de charpie que l'on appliqua au docteur Bargioni, à la région supérieure et externe du bras gauche, au niveau de l'insertion du deltoïde, où l'on avait enlevé l'épiderme et fait trois incisions transversales.

» La même chose fut pratiquée au docteur Rosi, avec cette différence cependant que l'abrasion de l'épiderme fut faite à la région supérieure et interne de l'avant-bras gauche, et que le sang était déjà refroidi.

» Au docteur Passigli, qui fut le troisième, l'inoculation fut faite sur la même région et de la même manière qu'au docteur Bargioni ; mais le sang était presque entièrement coagulé. Par conséquent on appliqua sur la surface extérieure, outre la partie liquide, un morceau de caillot.

» L'étendue de la surface destinée à l'inoculation fut, chez tous, de 2 centimètres de hauteur et 1 de largeur.

» Je crois opportun de répéter que tout ce qui servit à ces expériences était neuf, et que tous ceux qui prirent part, de quelque manière, aux inoculations se lavèrent soigneusement les mains.

» Vingt-quatre heures après, j'ôtai la bande du docteur Bargioni

et je ne trouvai rien de particulier sur la surface qui avait servi à l'inoculation, si l'on en excepte une croûte mince et noirâtre due au sang évasé et desséché. Le même jour j'enlevai la charpie aux deux autres et je ne trouvai rien qui méritât une considération spéciale.

» Quatre jours après, toute trace de l'inoculation pratiquée avait disparu chez tous. Ayant occasion de voir fréquemment ces messieurs, je n'oubliai jamais de leur demander s'il s'était présenté, au point inoculé, quelque chose qui méritât d'être vu, et ils me répondirent toujours négativement.

» Le 3 mars au matin, pendant ma visite à l'hôpital, le docteur Bargioni vint me trouver et m'annonça qu'au centre de la surface où avait été inoculé le sang, il avait noté une petite élevure qui lui occasionnait un peu de prurit.

» Ayant examiné le bras, je vis, au point indiqué, une petite papule de forme arrondie et d'une couleur rouge plutôt foncée; on n'apercevait aucune induration à la base de la papule ainsi qu'aucun engorgement des glandes axillaires. Je m'abstins de me prononcer sur la nature de ce phénomène, mais il naquit dans mon esprit un fort soupçon, qu'il s'agissait d'un effet du sang inoculé. Je priai alors le docteur Bargioni d'appliquer sur la papule des linges en les maintenant avec un peu de cérat, pour la garantir de tout frottement.

» Je revis avec d'autres personnes et presque tous les jours, cette papule qui augmenta de façon à atteindre, au bout de huit jours, la dimension d'une pièce de 20 centimes.

» Le 11 mars, la papule était couverte d'une squame mince, argentée et très-adhérente; dans les deux jours suivants, cette squame devint plus dense et moins adhérente et commença à se briser dans la partie centrale.

» Le 14, on sentait dans l'aisselle, deux glandes grosses comme une noisette, mobiles et indolentes. La papule était aussi indolente, la sensibilité était seulement un peu augmentée.

» Le 19, en pressant sur la squame qui couvrait la papule, on voyait sortir de la périphérie, une petite quantité de sérosité purulente et la pression causait un peu de douleur. Les glandes axillaires étaient devenues plus grosses et plus dures, mais restaient indolentes. On ne sentait aucune induration à la base de la papule.

» Le 21, la squame s'était transformée en vraie croûte qui commençait à se détacher dans quelques points de la périphérie, lais-

sant clairement voir au-dessous une surface ulcérée; légère induration de la base.

» Le 22, ayant enlevé la croûte, on mit à découvert un ulcère d'aspect infundibuliforme; les bords avaient une certaine résistance élastique, représentant très-bien l'induration annulaire. Ils étaient tuméfiés, adhérents et obliques par rapport au fond de l'ulcère qui suintait très-peu et était couvert d'une couche presque diphthéritique; très-peu de douleur. Il fut traité par de la charpie sèche.

» Le 26, l'ulcère s'est étendu jusqu'à avoir le diamètre d'une pièce de 50 centimes et est devenu plus sécrétant; sa figure est celle d'un petit entonnoir renversé. L'induration est très-augmentée; on suit le simple traitement avec la charpie sèche, car le docteur Bargioni veut attendre les manifestations générales avant de commencer un traitement interne.

» Rien de nouveau jusqu'au 4 avril. L'ulcère pendant ce temps est resté stationnaire; son fond est granuleux, les glandes sont toujours grosses, dures et indolentes, comme aussi l'ulcère reste très-peu douloureux et peu sécrétant.

» Le 4 avril, légère céphalée nocturne qui a duré deux ou trois jours. On commence aussi à noter des engorgements glandulaires à la région postérieure du cou.

» Le 12 avril on voit à la surface du corps et spécialement aux côtés du thorax et aux hypochondres, des taches de formes irrégulières et d'une couleur rosée qui ne causent aucun malaise au malade. Les engorgements ganglionnaires du cou sont devenus plus marqués. Cet érythème devient plus étendu et plus confluent, les jours suivants, de manière à ne laisser aucun doute sur sa nature syphilitique : pas de fièvre, pas d'état catarrhal, pas de chaleur, aucun prurit à la peau n'accompagne cet érythème maculeux qui dure depuis plus de huit jours, allant toujours en augmentant.

» Le 20, les glandes cervicales et sus-épitrochléennes sont augmentées de volume et de résistance; l'ulcère est toujours à la période d'état spécifique et ne donne aucun signe de marcher vers la cicatrisation.

» Le 22, la couleur de l'érythème est franchement cuivrée et l'on voit mêlées à l'érythème des papules lenticulaires. L'ulcère primitif est devenu sanguinolent sur les bords et commence à se réparer.

» Le traitement mercuriel est commencé. »

Telle est la très-intéressante observation de M. Pellizari; j'ai tenu à la faire connaître avec tous ses détails parce qu'elle porte avec elle plusieurs enseignements : d'abord la contagiosité du sang qui est désormais irréfutable, ensuite l'évolution de l'infection dont on suit graduellement la marche. Ainsi incubation de vingt-cinq jours entre le moment de l'inoculation et le premier phénomène perçu ; dans ce phénomène caractérisé de *papule*, mais papule qui ne tarde pas à s'ulcérer, induration de la base, retentissement multiple et indolent des ganglions de l'aisselle; puis entre la naissance de ce chancre induré et sa pléiade ganglionnaire *obligée*, nouvelle incubation de trente-trois jours; puis symptômes prodromiques qui se traduisent par un malaise général et par une céphalée nocturne qui dure un septénaire; puis enfin, explosion d'un érythème spécifique avec ses caractères tellement tranchés que la vérole est regardée comme certaine et qu'on n'hésite plus à instituer le traitement mercuriel. Voilà bien tout ce que nous observons dans la contagion physiologique ou expérimentale de l'accident primitif et des symptômes secondaires.

M. Pellizari a fait cinq inoculations avec le sang d'individus syphilitiques; les deux que je viens de mentionner en même temps que celle du docteur Bargioni et deux autres précédemment avec du sang non pas tiré directement de la veine, mais obtenu par scarification chez une femme affectée de plaques muqueuses vulvaires, d'impétigo du cuir chevelu et aussi d'une roséole papuleuse disséminée sur la surface cutanée. Il y aurait donc eu à faire ici les mêmes objections que dans le cas de Waller et dans celui de M. Gibert, si l'inoculation avait réussi, mais elle fut négative. Elle n'eut pas non plus de résultat sur les deux derniers ; ce qui prouve au moins que le sang n'est pas toujours et fatalement apte à produire l'infection.

Ne vaut-il pas mieux s'en tenir à cette preuve, que de chercher d'autres raisons et de dire, par exemple, que si l'expérience a été négative sur quatre des sujets inoculés, c'est que ces sujets n'étaient pas aptes à recevoir l'impression syphilitique, ou bien encore, que le sang ne possède pas toujours ni au même degré la propriété contagieuse, et qu'il y a dans le torrent circulatoire des ondées virulentes et d'autres qui sont privées de cette qualité, comme le donne à entendre M. Rollet.

Pour en finir avec la contagiosité du sang, je ferai remarquer que dans toutes les expériences, aussi bien celle de Waller, de

l'anonyme du Palatinat, de M. Gibert, que dans celle que nous devons à M. Pellizari, le sang a toujours été pris sur des malades dans la première période des manifestations constitutionnelles, qu'on n'a jamais inoculé le sang pendant les dernières formes de la période secondaire, et que M. Diday a vainement inoculé le sang de malades affectés de symptômes tertiaires. Ce qui démontrerait ou tendrait à démontrer l'exactitude de ce fait, que j'ai déjà signalé à propos des symptômes cutanés et muqueux, à savoir, la dégradation de l'inoculabilité à mesure que l'on s'éloigne du début de la syphilis.

La démonstration de l'inoculabilité du sang syphilitique a peut-être donné la clef d'un mystère resté jusqu'alors très-difficile à expliquer; je veux parler de l'infection par la vaccination. Cette question n'est pas neuve, car dès le commencement du siècle elle avait déjà préoccupé quelques observateurs. En 1800, Moseley (de Chelsea) avait remarqué qu'après plusieurs de ses vaccinations il s'était développé, sur diverses parties du corps, des boutons fort différents de ceux de la vaccine ordinaire, et il leur avait donné le nom de *gale vaccinale*. On a cru voir là une affection syphilitique. Plus tard, Monteggia, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences de Milan, prétendait, mais sans preuve à l'appui et seulement par opinion, que le vaccin pris sur un enfant syphilitique pouvait transmettre la vérole. En 1821, Cerioli (de Crémone) observait une petite épidémie de vérole développée à la suite de vaccinations. Plus tard encore, Albers (de Bonn) annonça que des enfants inoculés avec le vaccin provenant d'un sujet syphilitique eurent une éruption qui ressemblait à la syphilis. Peu après, Fuchs (de Gottingen) ayant avancé que le sang des vérolés peut devenir contagieux, ajoute purement et simplement qu'il connaît plusieurs cas où la syphilis a été inoculée avec la vaccine quoique la pustule mère n'offrît aucune particularité, appréciable.

Depuis, un grand nombre d'assertions sans preuves ou d'observations tronquées ont été émises à propos de la contagion par la vaccination. Cependant, en 1852, douze enfants du village de Fraienfels furent vaccinés par le docteur Hubner, médecin cantonal à Hollfeld, en Franconie, et huit de ces enfants présentèrent plus tard des symptômes syphilitiques qui furent attribués à la vaccination. Cette affaire fit grand bruit et il s'ensuivit un déplorable procès, dont l'issue fut fatale au médecin vaccinateur. Le docteur Pauli (de Landeau) rédigea à cette occasion un mémoire

dans lequel il déclare que la transmission de la syphilis par le vaccin est physiquement impossible; mais ce mémoire fut le sujet d'un remarquable rapport fait à la Société de chirurgie de Paris par M. Broca, qui, après avoir envisagé sous toutes leurs faces les détails du procès, l'état de santé de l'enfant vaccinifère et de ses parents, l'époque à laquelle se sont manifestés les symptômes syphilitiques après la vaccination, a été loin d'accepter la déclaration si tranchée de M. Pauli et est resté dans un doute philosophique très-louable.

Un drame de la même espèce à peu près, moins pénible pour la dignité médicale, mais plus grave quant au nombre des victimes, s'est passé plus récemment à Rivalta, dans les États sardes, et la même obscurité que dans le cas précédent enveloppe la plupart des détails très-nombreux de cette sorte d'épidémie, non-seulement pour ceux qui les ont commentés, mais même pour les médecins qui ont pu examiner les faits dans la localité même.

Ce qui a rendu, jusque dans ces derniers temps, l'appréciation rigoureuse de toutes les observations très-difficile, c'est d'abord la répugnance assez générale à croire à la contagion des produits de sécrétion et surtout du sang syphilitique. C'est aussi le peu de précision sur l'époque de l'apparition de la syphilis après une vaccination et principalement sur l'évolution de cette syphilis. C'est enfin, dans l'immense majorité des cas, l'impossibilité de retrouver le vaccinifère et de s'assurer *de visu* de son état de santé.

Un enfant est en puissance de syphilis héréditaire qui ne s'est pas encore manifestée par les signes appréciables; on le vaccine et bientôt après on voit ces signes apparaître; il faut bien se garder, dans ce cas, de confondre ce qui se passe alors avec une infection due à la lancette. C'est le travail général de l'éruption vaccinale qui, par son retentissement sur l'économie tout entière, a été la cause occasionnelle de l'éruption syphilitique, comme peuvent l'être toutes les maladies de l'enfance, et comme on a vu, chez l'adulte, des affections exanthématiques vulgaires, la variole, la varioloïde, de même aussi qu'une émotion morale, faire brusquement sortir la syphilis du sommeil d'incubation dans lequel elle était. Or, il arrive fréquemment que n'étant pas éclairé sur la santé de la mère, avant ou pendant sa grossesse, on n'a aucune raison de suspecter la syphilis chez l'enfant, et si celle-ci paraît peu après la vaccination, c'est à cette dernière qu'on est porté à l'attribuer. Voilà donc une cause d'erreur qui certainement a dû

se présenter dans bon nombre des faits rangés parmi ceux d'inoculation vaccinale.

D'un autre côté, on avait vu souvent le vaccin pris sur un enfant évidemment syphilitique, ne produire sur un enfant sain qu'une éruption vaccinale tout à fait normale. C'est ce que, pour mon compte, j'ai observé un certain nombre de fois lorsque je dirigeais le service des nourrices à l'hôpital de Lourcine. Très-convaincu, à cette époque, de l'innocuité de la vaccination, il m'est arrivé et toujours impunément, de vacciner de bras à bras des enfants bien portants avec le vaccin pris sur des enfants ou en puissance de syphilis héréditaire ou présentant déjà des symptômes cutanés ou muqueux. Mais je dois faire cette remarque qui, d'après ce que je dirai dans un instant, a une certaine importance, c'est que je ne vaccinais jamais qu'un, deux ou au plus trois enfants à la fois, et que par conséquent je n'avais pas besoin d'une grande quantité de liquide.

L'interprétation des cas, en définitive, assez nombreux d'inoculation par la vaccination restait donc très-embarrassante, lorsque le docteur Viennois (de Lyon) entreprit sur la question une sérieuse étude qu'il fit connaître en 1860, d'abord par un mémoire publié dans les *Archives de médecine* et ensuite dans sa thèse inaugurale. Pour M. Viennois, ce n'est pas dans le vaccin lui-même que réside la qualité infectieuse, et si l'on ne prenait que l'humeur vaccinale pour l'inoculer à un enfant sain, l'opération serait sans danger : car si, dit-il, on recueille du vaccin sur un sujet syphilitique et qu'on inocule ce même vaccin pur et sans mélange de sang, on n'obtient pour résultat que la pustule vaccinale sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée. Au contraire, si avec le vaccin d'un syphilitique, porteur ou non d'accidents constitutionnels, on vaccine un sujet sain et que la pointe de la lancette ait été chargée d'un peu de sang en même temps que du liquide vaccinal, on transmet par les mêmes piqûres les deux maladies ; le vaccin avec l'humeur vaccinale, et la syphilis avec le sang syphilitique.

Voilà qui expliquerait tout de suite pourquoi sur un nombre donné d'enfants soumis à la même vaccination, les uns, le plus grand nombre, ont pu échapper à l'infection, ceux qui n'ont reçu que le contenu pur de la pustule vaccinale, et les autres, ceux vaccinés en dernier lieu, ont été infectés parce que du sang se trouvait mêlé au vaccin.

Cette distinction, qui jetterait une vive lumière sur la question,

manque, dans la majorité des cas, d'une observation rigoureuse, cependant on possède déjà des faits qui lui sont favorables. Ainsi M. Lecoq, chirurgien de la marine au port de Cherbourg, a publié deux observations d'infection syphilitique vaccinale sur des hommes soumis à la revaccination, et il dit positivement que les deux malades dont il s'agit, avaient été vaccinés les deux derniers d'une série qui est restée saine ultérieurement; qu'il se souvient qu'étant à bout de liquide vaccinal, la lancette avait ramené un peu de sang. Ainsi les parents de l'enfant que notre éminent collègue M. Chassaignac a présenté en 1863 à la Société de chirurgie, assuraient que leur enfant, porté avec un certain nombre d'autres à la mairie de Montmartre, avait été un des derniers vaccinés.

Cependant, avec quelque caractère de vraisemblance que se présente l'opinion de M. Viennois, il faut bien reconnaître qu'elle n'est pas inattaquable : car enfin le sang d'un syphilitique est loin d'être toujours inoculable, comme le prouvent les expériences de Rinecker, celles de l'anonyme du Palatinat et celles si explicites de Pellizari. Il faut aussi que ce sang soit inoculé sur de larges surfaces. On a donc quelque peine à comprendre comment il serait si dangereux porté dans le tissu cutané à la pointe de la lancette. Sans doute, chez les tout jeunes enfants le fait est admissible, pour ne pas dire probable, eu égard à la délicatesse de leur organisation ; mais chez les adultes, comme dans les deux cas de M. Lecoq, c'est plus difficile à accepter, et pourtant il répugne d'admettre qu'un virus aussi puissant que le vaccin puisse se combiner avec un autre et recéler deux propriétés si distinctes. S'il en était ainsi, l'infection ne devrait pas se borner à quelques cas exceptionnels, mais, comme on l'a déjà fait remarquer, elle devrait atteindre tous les enfants indemnes de syphilis héréditaire, vaccinés avec le produit d'un vaccinifère syphilitique.

De quelque façon que se produise la contagion, voici la marche des phénomènes successifs qu'elle présente : le vaccin suit son évolution régulière d'incubation, d'apparition de la pustule, de dessiccation et de cicatrisation. Mais bientôt une nouvelle série de phénomènes d'un tout autre ordre se présente. C'est d'abord, comme dans toute inoculation, l'apparition d'un symptôme local là où l'insertion a été faite, c'est-à-dire sur la cicatrice même de la vaccination, et ce symptôme, comme avec le produit du chancre, de la plaque muqueuse ou du sang, est une induration ulcérée d'emblée ou s'ulcérant promptement et s'accompagnant d'engorge-

ments multiples, indolents, des ganglions axillaires. Puis chez les enfants, où en général l'évolution syphilitique est rapide, paraissent pendant la durée même de l'ulcération des symptômes généraux qui viennent révéler sa nature, si elle avait été méconnue tout d'abord. Chez l'adulte, au contraire, où l'empoisonnement constitutionnel tarde plus à se manifester, cicatrisation des ulcérations, accalmie syphilitique trompeuse momentanément, mais bientôt suivie de l'éruption générale caractéristique.

Ainsi deux incubations bien distinctes, l'une rapide, celle de la vaccine, l'autre plus lente, celle de la syphilis, et cela dans le même point, puisque dans le même point les deux principes virulents ont été déposés. Qu'on lise la relation de plusieurs des faits commentés par M. Viennois et par M. Rollet; qu'on analyse les observations d'inoculation vaccino-syphilitique présentées à la Société de chirurgie par M. Chassaignac, à l'Académie de médecine par M. Hérard, et l'on verra, si pour les enfants, la marche exacte de la maladie n'est pas celle que j'indique. Qu'on se reporte au fait observé à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service du professeur Trousseau, de cette jeune fille revaccinée et chez laquelle on retrouva sur les bras l'entrée de la syphilis dont elle était atteinte; que l'on tienne grand compte, surtout, des deux cas publiés par M. Lecoq (de Cherbourg), et l'on sera convaincu que la syphilis se comporte à la suite d'une vaccination fatale, comme elle le fait quand elle a été déposée sur un sujet sain, soit physiologiquement, soit dans un intérêt d'expérimentation. On peut même ajouter que dans ces trois observations le vaccin lui-même n'a joué aucun rôle, puisqu'il a avorté, puisque la pustule que l'on attendait n'a pas paru et qu'à sa place c'est ou une papule bientôt ulcérée ou une ulcération à caractère de chancre induré qui s'est fait voir après une incubation plus longue que celle du vaccin, mais ordinaire à la syphilis.

M. Ricord qui, à l'époque où il commenta le fait de la malade de l'Hôtel-Dieu, ne croyait pas à la contagiosité du sang, soulevait cette objection : Qui peut répondre, disait-il, que chez cette jeune fille la piqûre de la lancette n'a pas été, en dehors de la vaccination, souillée par un produit de sécrétion syphilitique quelconque qui aurait déterminé là un contact infectant d'autant plus facile qu'il y avait une légère irritation de la peau? A la rigueur, ce serait possible, mais devant le nombre d'autres cas semblables à celui sur lequel il avait à se prononcer, c'est au moins peu probable.

Concluons en disant que, vaccin ou sang, lorsque aprè l'opération de la vaccination, que celle-ci ait été régulière ou qu'elle ait avorté, il se produit au point inoculé des ulcérations ayant l'apparence syphilitique, et suivies, dans un temps plus ou moins rapproché, d'une manifestation constitutionnelle, c'est à la lancette du vaccinateur que devra être attribuée l'infection, et qu'en dehors de ces conditions, si la vérole se traduit d'emblée par des symptômes généraux, la vaccination devra être innocentée, car elle n'aura été que l'occasion de l'explosion d'une syphilis à l'état latent, mais non pas sa cause déterminante et originelle.

Quand on pousse à outrance l'idée de la contagion syphilitique, on peut la voir partout, c'est ce qui a lieu. Avant même que la preuve expérimentale de la contagiosité du sang ait été donnée, beaucoup d'auteurs n'hésitaient pas à admettre que les sécrétions normales des syphilitiques pouvaient recéler le germe de la maladie.

J'ai déjà signalé la tendance de Fernel à croire que la sueur est contagieuse, et j'ai dit aussi que cette croyance, qui ne repose sur aucun fait valable, avait été partagée par Van Swieten. J'ai vu des maris en pleine vérole constitutionnelle à symptômes secs, papules ou tubercules, coucher impunément avec leurs femmes qui n'ont pas eu à en souffrir. J'ai vu plus souvent encore des femmes dans les mêmes circonstances, faire partager à leurs enfants le même lit qu'elles avec la même impunité.

La contagion par la salive a été admise également sans preuve, mais cela se conçoit facilement quand on songe que dans le plus grand nombre des syphilis constitutionnelles, ce sont les muqueuses labiales, buccales ou pharyngées qui sont le siége de la lésion, que cette lésion sécrète et que le produit de sécrétion se mêlant avec la salive doit rendre celle-ci contagieuse, non pas en tant que produit de la sécrétion salivaire physiologique, mais bien comme tenant en dissolution le principe contagieux venant d'une source non équivoque. C'est ce qui ressort d'une observation citée par Bertin, dans le commentaire de laquelle il fournit lui-même, sans s'en douter, les arguments les meilleurs à prouver que ce n'est pas la salive seulement qu'il faut accuser, puisque l'enfant, par suite d'une syphilis acquise, était couvert de symptômes constitutionnels cutanés, et qu'il n'est pas fait mention de l'examen de la cavité buccale.

Un des produits de sécrétion qu'on a le plus accusé, c'est le lait. Jacques Catanée, Tomitanus, Paré, Boerhaave, Guyon Dolois,

Rosen, Doublet, Bertin et plusieurs autres encore ont admis sa propriété contagieuse, mais l'analyse de leurs observations prouve que toujours il y avait sur la nourrice un symptôme très-capable d'infecter l'enfant par contagion directe.

Nisbet, qui ne croyait pas à la contagion lactée, écrivait les lignes suivantes : « Le mamelon de la nourrice est toujours plus ou moins affecté, quoique souvent il le soit si peu, qu'à peine on peut découvrir le mal ; cependant nous sommes persuadé que sans cette circonstance, la maladie ne pourrait se communiquer, puisqu'il n'y aurait aucune matière pour produire la contagion, et l'on sait, d'ailleurs, que le lait lui-même est entièrement exempt de virulence. »

On trouve dans le *Traité d'accouchements* de Burns, ce passage bien remarquable pour l'époque à laquelle il a été écrit : « Si l'enfant reçoit l'infection de sa nourrice, on découvre des ulcères sur le mamelon, et la maladie paraît à la bouche de l'enfant, avant que la surface de la peau soit affectée. » N'est-ce pas là un aveu que le lait ne suffit pas à transmettre la syphilis; n'est-ce pas là le chancre et ses effets ultérieurs, et n'est-ce pas aussi en tous points la prévision, pour ainsi dire, de la théorie de MM. Langlebert et Rollet?

Hunter, on le sait, ne croyait pas à la virulence des produits de sécrétion et il n'a garde d'innocenter le lait. M. Ricord partage la même opinion lorsqu'il dit : « Jamais la nourrice non infectée de lésions suppurantes ne peut transmettre la syphilis à son nourrisson. »

J'ai pu observer à l'hôpital de Lourcine plusieurs faits d'innocuité de la lactation par une femme syphilitique. J'ai eu dans mes salles un enfant dont la mère, non syphilitique, arrivée au dernier degré d'une phthisie pulmonaire, ne pouvait suffire à le nourrir, être allaité pendant plus de six mois par une de ses voisines en pleine vérole, mais sans symptômes sur les seins, rester indemne de toute infection.

Voici une observation semblable que je retrouve dans mes notes.

Note sur la mère : Le 5 juin 1851, est entrée au n° 9 de la salle Sainte-Marie, la nommée Catherine F..., cuisinière, âgée de vingt et un ans. Elle a sur la vulve des masses de végétations qui, assure-t-elle, ont commencé avec sa grossesse. Elle n'a jamais eu d'autres symptômes, ni chancres ni bubons. Cette femme accouche le 6 juillet suivant d'une fille parfaitement saine qu'elle veut mettre aux Enfants trouvés. Sur les instances de la religieuse de

la salle, elle consent à garder son enfant, mais elle n'en prend aucun soin, il faut la forcer à lui donner à teter.

Note sur la nourrice : Dans les premiers jours d'août, entre dans la même salle la nommée Marie M..., vigneronne, âgée de trente ans, arrivant de l'hospice des Enfants trouvés. Elle présente une syphilide tuberculeuse au front, aux bras et un psoriasis palmaire. Les seins sont intacts. On lui donne à nourrir l'enfant de la femme Catherine, que celle-ci, faute de soin et n'ayant d'ailleurs presque pas de lait, laissait périr d'inanition.

Note sur l'enfant : La petite fille, qui était dans un état de débilité extrême lorsqu'elle commença à teter la nourrice, est revenue en peu de temps à une santé florissante. A cinq mois, elle meurt de convulsions, et l'autopsie n'a fait voir aucun signe, aucune marque de la maladie que portait la nourrice qui lui avait donné le sein pendant quatre mois.

Autre fait plus intime, si je puis ainsi parler : Il y a un an, j'eus à rassurer un de mes collègues des hôpitaux, chirurgien distingué, qui était très-alarmé parce qu'il venait de découvrir que la nourrice de son enfant était couverte d'un impétigo et d'un lichen syphilitiques; il n'y avait rien sur les seins. La petite fille, donnée immédiatement à une autre nourrice, est restée parfaitement portante, et n'a jamais présenté depuis quoi que ce soit de suspect. Elle avait pris le lait de cette nourrice pendant quatre mois.

Le fait du passage du lait d'une nourrice syphilitique à travers les voies digestives, sans déterminer la contagion à l'enfant, paraît un fait démontré et qui ne doit pas surprendre, quand on se rappelle les expériences de Fontana sur le venin de la vipère, celles de Renault (d'Alfort), qui a nourri impunément des chiens et des porcs avec la chair des animaux morts de la morve, de la rage et de la péripneumonie des bêtes à cornes; celles de notre célèbre physiologiste Claude Bernard, avec le *curare*, poison si violent, comme chacun le sait, quand il est inséré par inoculation dans les tissus.

Mais l'immunité du lait et des produits des sécrétions en général serait-elle la même si, au lieu de passer seulement sur la muqueuse et de subir l'action digestive, ils étaient portés accidentellement ou expérimentalement dans les tissus dénudés? Je ne sache pas que l'observation en ait été faite, mais c'est certainement une question que l'on peut se poser en face des résultats non douteux de l'inoculabilité du sang, et cependant admettre la con-

tagion des sécrétions normales, c'est risquer de se voir entraîner à des conséquences désastreuses, car il faudra croire qu'une larme suffira pour transmettre la vérole, il faudra revenir à l'opinion de Fernel et de Van Swieten sur la contagiosité de la sueur, et, ce point de départ accepté, à plus forte raison devra-t-on admettre la propriété contagieuse des sécrétions pathologiques, et alors seront anéanties toutes les discussions, toutes les expériences, tous les faits d'observation clinique qui ont été produits depuis plus d'un demi-siècle, pour séparer d'une manière absolue la blennorrhagie de la syphilis. Vers quel cercle vicieux ne gravite pas l'étude des maladies vénériennes!

Il est un produit de sécrétion normale, le sperme, que je ne veux certes pas négliger, mais pour ne pas avoir à me répéter, j'en renvoie l'étude au paragraphe consacré à l'hérédité de la syphilis.

Évolution. — A une époque où l'on demande une si rigoureuse observation dans l'étude des maladies, et où la symptomatologie acquiert, par les travaux des hommes laborieux, une précision si remarquable, il paraît tout d'abord au moins extraordinaire de voir une des branches les plus importantes, et certainement une des plus curieuses de la pathologie, rester, pour la plupart des praticiens, dans une obscurité que n'ont pu dissiper les tentatives, quelquefois hardies, souvent heureuses, des écrivains qui se sont succédé depuis le commencement du siècle jusqu'à nos jours.

Trop souvent on a fait de la science hypothétique alors qu'il aurait fallu faire de l'observation, et surtout qu'il aurait fallu savoir analyser et coordonner les faits observés, seule manière d'en tirer profit et d'en saisir la valeur.

Non-seulement on n'est pas d'accord sur la théorie de la syphilis, mais on n'est même nullement fixé sur la marche ni sur l'évolution de ses symptômes. On répète que la syphilis est un Protée qui se fait voir sous mille formes différentes, comme s'il n'y avait rien d'arrêté, rien de constant dans ses apparitions.

Il est temps de sortir de cette période stérile où l'on n'a fait qu'agiter des doctrines et souvent discuter des utopies; il est temps de quitter le champ des hypothèses et de s'attacher à la réalité.

Jusqu'à présent, on avait admis, d'un commun accord, cette grande division de la syphilis en symptômes primitifs et en symptômes consécutifs ou secondaires; mais cette ligne de démarcation est loin d'être généralement tracée pour tous, puisque tel

symptôme consécutif pour l'un est encore un symptôme primitif aux yeux de l'autre.

Si le doute pouvait être permis pour quelques-uns des symptômes secondaires, ce devait être pour ceux qui se manifestent aux parties génitales sans apparence de syphilis sur le reste du corps. Les plaques muqueuses, ce phénomène si souvent borné à la vulve et à l'anus chez les femmes, et si souvent chez elles transformation directe d'un symptôme primitif en symptôme secondaire, les plaques muqueuses sont effectivement, pour beaucoup de praticiens encore, un des phénomènes primitifs de la maladie vénérienne.

Je ne veux pas rentrer dans la discussion de ces faits, ce que je veux prouver actuellement, c'est qu'il y a dans les phases des symptômes de la vérole une marche déterminée, c'est que l'ordre d'apparition de ces symptômes est soumis à une régularité semblable à celle que l'on observe dans toute autre évolution morbide, et que bien connaître cette succession est le seul moyen d'arriver à une thérapeutique rationnelle.

Hunter, en traçant l'histoire générale de la syphilis constitutionnelle, a divisé en deux ordres les parties sur lesquelles elle se manifeste sous le rapport de l'apparition des symptômes. Les parties du premier ordre sont la peau et les muqueuses, celles du second sont les os, le périoste, les aponévroses et les tendons.

Il cherche à expliquer la cause de cette première manifestation de la maladie sur la membrane tégumentaire ; mais les raisons qu'il donne se réduisent à ceci : savoir, que la peau étant plus accessible que les parties profondes aux influences extérieures, et pour lui le froid joue un grand rôle dans cette susceptibilité, elle subit la première l'action du principe syphilitique général. Les os et le périoste étant à l'abri de cet agent extérieur, ne subissent que plus tard l'influence du virus.

Il est à remarquer que la cause à laquelle Hunter attribue la première manifestation de la syphilis sur la peau est précisément celle que donne B. Bell de la production prompte et immédiate des maladies des os et du tissu fibreux.

Si l'histoire de la syphilis ne commençait qu'à l'apparition des symptômes constitutionnels, cette division admise par Hunter pourrait être conservée; mais il était beaucoup plus rationnel de faire dater la première période de la maladie du moment que son principe a contaminé l'économie et qu'il a pu être absorbé

aussi la plupart des auteurs ont-ils admis deux ordres de phénomènes différents : accidents primitifs, accidents secondaires, et dans ces derniers, affections de la peau et des muqueuses, aussi bien que maladies des os, du tissu fibreux ou cellulaire.

M. Ricord, dans les notes dont il a enrichi le *Traité de la syphilis* de Hunter, ainsi que dans l'ouvrage qu'il a publié en 1838, a admis trois grandes divisions : symptôme primitif, le chancre ; symptômes secondaires, maladies de la peau et des muqueuses; symptômes tertiaires, maladies des os et du tissu fibreux.

Dans des ouvrages plus récents, on ne retrouve plus cette division, et il n'est plus question que de symptômes primitifs et de symptômes secondaires.

Les syphilographes allemands sont moins précis sur la division des symptômes syphilitiques. De Bærensprug range parmi les accidents secondaires les inflammations de la couche externe du chorion : roséole, hypertrophies papillaires, papules, condylomes, avec les ulcérations qui en sont la conséquence. Parmi les tertiaires, il range les maladies qui partent du chorion et qui sont le résultat d'un exsudat gélatiniforme tuberculeux qui se ramollit et s'ulcère ; il peut envahir tous les organes.

Pour Sigmund, l'ordre d'évolution seulement chronologique se mesure suivant le temps de l'apparition des symptômes, tout ce qui paraît dans les premiers six mois est secondaire, tout ce qui paraît passé ce terme est tertiaire : cette théorie est tout simplement inacceptable.

La classification de Wirchow est moins nette et moins appréciable, puisqu'il trouve les mêmes éléments histologiques dans le chancre et dans la gomme, le commencement et la fin.

Outre la grande division des symptômes primitifs et secondaires, quelques auteurs ont fait des sous-divisions, si je puis ainsi dire. Ainsi mon parent Cullerier neveu disait : « Si les accidents désignés sous le nom de *primitifs* n'ont pas encore disparu lors de l'invasion des symptômes secondaires, ceux-ci prennent le nom de *successifs*, pour les distinguer des symptômes consécutifs qui ne surviennent qu'au bout d'un temps plus ou moins long, après la disparition complète des premiers. »

Mais ce nom de *phénomène successif* donné à la manifestation de la syphilis constitutionnelle pendant la durée d'un chancre, n'est pas heureux, car ce n'est pas une forme différente de la syphilis, c'est seulement une rapidité plus grande dans l'évolution naturelle de la maladie. Le symptôme secondaire, au lieu de

paraître plusieurs semaines, plusieurs mois ou même plusieurs années après le symptôme d'infection, le suit immédiatement et l'accompagne dans une partie de sa durée.

J'ai observé plusieurs malades, hommes et femmes, qui présentaient en même temps les trois périodes de la syphilis. J'ai fait voir, pendant ma clinique de 1862, un homme couché salle première, chez lequel on pouvait constater une induration chancreuse et ganglionnaire, de la roséole papuleuse et une périostose des deux tibias. La maladie avait six semaines de date.

Le docteur Henri Roger, a présenté à la Société médicale des hôpitaux, dans le courant de l'année 1863, une petite fille âgée de deux ans, sur laquelle on pouvait observer simultanément tous les accidents de la vérole : accident primitif, chancre à la lèvre supérieure, communiqué par sa mère qui elle-même avait encore à cette époque un chancre à la lèvre inférieure ; accidents secondaires, roséole spécifique, plaques muqueuses à la vulve et à l'anus; accidents tertiaires, périostoses du crâne, des humérus et des tibias.

On trouve dans la science un certain nombre de faits semblables.

L'apparition du symptôme secondaire à une époque prématurée n'a même aucune influence thérapeutique. En effet, pour les médecins qui emploient le traitement mercuriel contre l'accident primitif, il ne changera rien à leur manière de faire, et il ne fera que hâter l'instant de le mettre en usage pour ceux qui n'adressent le mercure qu'aux phénomènes de syphilis constitutionnelle.

Si je combats ces sous-divisions des périodes de la vérole, je suis loin de prétendre qu'il n'y a pas un ordre à établir dans la succession des symptômes. Je crois au contraire qu'il y a une marche, je pourrais dire certaine et prévue à l'avance, qui est toujours la même, et qui forme un entrelacement continu entre le premier symptôme de la syphilis et la dernière manifestation apparente de son existence dans l'économie.

J'ai rassemblé un grand nombre d'observations de maladies vénériennes constitutionnelles affectant les os et le tissu fibreux ou cellulaire, à l'hôpital de Lourcine, au Midi et dans ma pratique particulière. De l'analyse de ces observations il résulte pour moi cette règle que, quand on voit une maladie soit des os : exostose, nécrose ou carie, soit du tissu fibreux ou du tissu cellulaire : périostose, gomme, nodus, toutes affections désignées sous le nom de symptômes tertiaires, on trouve toujours un symptôme inter-

médiaire entre la maladie actuelle et l'accident primitif, symptôme intermédiaire caractérisé par une éruption cutanée, une syphilide, ou par l'ulcération de la muqueuse de la bouche et plus souvent de celle de la peau, et qui d'ailleurs sont de même nature.

On voit que je ne tiens pas compte de la dénomination de symptômes quaternaires, que, dans ces dernières années, on a voulu donner à la syphilis viscérale. C'est qu'en effet celle-ci, quoique quelquefois franchement secondaire, est le plus ordinairement véritablement tertiaire, puisqu'elle paraît à la même époque que les symptômes du côté des os et des tissus fibreux et cellulaire, avec lesquels elle peut coïncider ou auxquels elle se substitue en présentant les mêmes lésions anatomiques.

Je n'ai pas la prétention de donner comme nouveau ce que j'avance, puisque l'on trouve des traces de cette division et cette marche indiquée dans des auteurs fort anciens, parmi lesquels je pourrais citer Fernel et surtout Thierry de Héry, qu'elle a été longuement développée par Hunter, que Bell l'a très-bien indiquée comme étant la règle générale, mais sans y attacher toutefois une grande importance; que M. Lagneau la décrit tout au long, mais sans y insister, et seulement, dit-il, afin de parler de ce qui arrive le plus ordinairement; enfin qu'elle a été discutée par M. Ricord, qui en a fait la base de sa classification. Mais je prétends, contre l'opinion de ce dernier, que l'influence d'un traitement plus ou moins bien fait contre un symptôme syphilitique n'est d'aucune valeur pour empêcher la production de la syphilis avec les formes et dans l'ordre que j'indique.

Voici comment s'exprime M. Ricord : « Un traitement convenable de l'accident primitif peut à tout jamais détruire la diathèse syphilitique, et empêcher la production des accidents secondaires et tertiaires. Très-souvent, après la guérison du premier, il n'arrête que les seconds, ce qui explique, chez les malades qui ont pris du mercure, la production tardive des maladies du périoste ou des os sans le chaînon intermédiaire qui a dû manquer. »

C'est cette opinion et cette interprétation d'un fait que je crois mal observé, que je ne saurais partager, et contre lesquelles je m'élève.

Je dis que la syphilis, soit qu'elle ait été abandonnée à elle-même, soit qu'elle ait été combattue à son début par un traitement spécifique, même des mieux faits, si elle a à reparaître, se traduira toujours par le même mode d'apparition; que les sym-

ptômes distingués sous le nom de tertiaires le seront toujours de fait; et remarquez que cette dénomination n'est plus exacte s'ils peuvent succéder directement au symptôme primitif, ce que je me crois autorisé à nier.

Mais il faut bien prendre garde à ceci, savoir, que souvent on voit une apparence d'interversion dans la manifestation des symptômes: ainsi, par exemple, une syphilide après ou en même temps qu'une exostose. Cela est vrai, mais ne prouve pas contre ma manière de voir, car avant l'exostose il y a eu certainement ou une maladie de la peau, ou une maladie des muqueuses, maladies dont l'élément spécifique n'ayant pas été combattu ou ne l'ayant pas été suffisamment, s'est porté sur les organes profonds, tout en se montrant encore aux parties qu'il avait d'abord attaquées; et, dans ces cas exceptionnels, c'est l'accident tertiaire qui prédomine.

Il faut être bien prévenu aussi que souvent l'explosion des symptômes secondaires est précédée d'un malaise général, de fatigue et de brisure des membres, qui peuvent être prises pour les douleurs plus profondes et plus tenaces que l'on rencontre quelquefois comme accidents tertiaires; mais si on les observe bien, on en voit promptement la différence, et d'ailleurs l'éruption ne tarde pas à venir éclairer le diagnostic.

Il arrive enfin quelquefois que la marche de la maladie est si aiguë, que son évolution est si prompte, que l'on n'est frappé que par les deux circonstances capitales, le symptôme primitif auquel on remonte, et le symptôme tertiaire que l'on observe actuellement.

J'ai pu m'en laisser imposer quelquefois par cette marche rapide, mais toujours, en interrogeant bien les malades, et mieux encore en les examinant convenablement, j'ai pu trouver le symptôme intermédiaire.

Combien ne voit-on pas de malades, et cela tout aussi bien en ville que dans les hôpitaux, qui, ayant eu des chancres et peu de temps après une roséole ou des plaques muqueuses à courte période dans la gorge, sont loin de penser que ces taches légères de la peau, que la douleur ou seulement la gêne de la déglutition qu'ils ont éprouvées tenaient à la vérole? Aussi glissent-ils très-aisément sur ces circonstances, si l'on n'a pas soin d'y attirer et d'y fixer leur attention ou leurs souvenirs.

Ne voyons-nous pas tous les jours des gens qui, couverts de syphilides, d'ulcérations ou d'exostoses, nient positivement avoir

jamais eu des symptômes primitifs? Et cependant, à part quelques esprits imbus de fausses doctrines ou doués d'une foi robuste, qui est-ce qui croit aujourd'hui que ces graves lésions soient le produit d'une vérole d'emblée?

C'est cette difficulté d'avoir des renseignements exacts sur les antécédents, qui doit inspirer une grande réserve quand on fait l'examen rétrospectif d'un malade, surtout lorsque de longues années se sont écoulées depuis les premiers symptômes que l'on recherche; et si cette investigation est difficile pour rattacher les symptômes secondaires aux accidents primitifs, combien ne doit-elle pas l'être davantage pour les tertiaires qui se manifestent souvent si longtemps après ceux-là !

Dans les hôpitaux spécialement consacrés aux vénériens, on est bien plus à même de voir toute la série des accidents d'une maladie qui, comme je l'ai dit déjà, a parfois une marche rapide. Ici, toutes les phases se déroulent devant l'observateur, et l'on n'a pas à baser son opinion sur un renseignement infidèle ou inexact, tandis que, dans les établissements où les malades ne sont admis que pour des affections dont la première origine est très-ancienne, on est entièrement à la discrétion de la bonne foi ou de la mémoire du malade. Ce n'est pas à une autre cause, peut-être, qu'il faut attribuer la dissidence d'opinion que l'on remarque parmi les observateurs qui ont été placés dans l'une ou l'autre de ces conditions.

Si j'insiste tant sur le peu de fond qu'il faut faire des récits des malades, c'est que je sais, et tous les praticiens qui s'occupent de syphilis savent comme moi, combien ces récits peuvent facilement tromper les médecins qui ont peu d'habitude de ces affections. Il m'est arrivé souvent, à l'hôpital ou en ville, de reconstruire toute une histoire d'une maladie syphilitique qui, au premier abord était fort obscure, soit en rappelant aux malades quelques circonstances sur lesquelles ils passaient trop légèrement, soit en constatant les traces d'une lésion à laquelle ils n'avaient pas attaché la moindre valeur.

Ne voit-on pas tous les jours l'accident secondaire se manifester pendant la durée ou immédiatement à la suite d'un traitement fait contre un symptôme primitif, alors qu'on était en droit de conclure que le principe spécifique était anéanti, et, dans ces cas, n'est-ce pas toujours la peau et les muqueuses qui sont prises ?

Mais sans parler de ce que j'ai observé moi-même, si l'on con-

sulte les relevés faits à un autre point de vue que celui de mes recherches, sur un nombre donné de symptômes secondaires, on en trouve une proportion énorme dans lesquels un traitement mercuriel avait été fait contre l'accident primitif. Je ne parle pas des statistiques faites par les auteurs qui confondent sous le nom de symptômes secondaires toutes les espèces de manifestations de la syphilis constitutionnelle; mais je prends, par exemple, le mémoire de M. Martins sur les syphilides, c'est-à-dire sur le symptôme qui, pour moi, est le phénomène intermédiaire obligé, et je vois une proportion bien grande, puisqu'il a trouvé autant et peut-être même un peu plus de syphilides chez les malades qui avaient fait un traitement mercuriel, que chez ceux qui n'en avaient pas fait. Il n'y a certes pas ici que du hasard.

Évidemment, si le traitement mercuriel avait la puissance de rompre la filiation des symptômes constitutionnels, et d'en anéantir complétement quelques-uns pour en laisser paraître d'autres qui se présentent avec l'apparence la plus grave, la proportion des accidents secondaires serait beaucoup moindre, et l'aurait été surtout à une époque où, bien plus peut-être qu'aujourd'hui, on administrait le mercure pour les accidents primitifs indistinctement.

Maintenant, si les principes que j'établis sont vrais, comme j'en ai la conviction intime, et comme le temps l'apprendra à ceux qui prendront la peine de bien observer, et s'ils viennent à être généralement admis, je crois qu'on aura atteint deux résultats toujours importants en médecine : d'abord une satisfaction grande pour l'esprit d'analyse, qui se rendra un compte exact d'une évolution morbide que l'on regarde avec trop de légèreté comme si variable et si incertaine, et à laquelle on pourra dorénavant assigner des lois positives. En second lieu, la thérapeutique en retirera, sans contredit un grand avantage; on ne dira plus : telle médication convient dans la syphilis constitutionnelle, mais on spécifiera dans quel ordre de symptômes elle est préférable, et à quelle époque de l'évolution syphilitique elle doit être appliquée; et c'est en cela surtout que la thérapeutique y pourra gagner; car c'est un fait de la pratique journalière que certaines substances antisyphilitiques par excellence dans la période des accidents tertiaires ont une valeur au moins très-problématique contre les symptômes secondaires, et sont parfaitement inutiles contre le symptôme primitif. En un mot, l'histoire de la syphilis sera rendue moins obscure, et son traitement plus certain et plus méthodique.

C'est à ce but que doivent tendre les recherches des hommes placés à la tête des services spéciaux. Je sais bien que, pour y arriver, il est parfois nécessaire de rompre avec des idées, je dirai presque innées, et il faut pour cela une certaine indépendance, aujourd'hui que l'on est si facilement accusé de vouloir faire du nouveau à tout prix; mais la ferme conviction que l'on est dans le vrai rend la tâche plus facile. Je sais très-bien aussi que, comme l'a dit Bacon, quand on veut trop tôt saisir la certitude, on finit par le doute : je conçois cette maxime quand on fait de la science hypothétique; elle cesse à mes yeux d'être vraie quand on s'appuie sur l'observation.

Je conclus en disant : 1° La syphilis est une maladie à marche régulière.

La succession de ses symptômes est soumise à une règle qu'on peut prévoir à l'avance, moins toutefois l'époque précise d'apparition qu'il est peut-être à tout jamais impossible d'assigner d'une manière certaine.

L'évolution en est plus ou moins prompte.

2° La syphilis présente trois périodes bien tranchées qui se succèdent toujours dans le même ordre.

3° Les trois périodes de la syphilis sont constituées par : A. le symptôme primitif, manifestation sur une surface saine d'un contact infectant. La caractère de la syphilis, à cette période, c'est d'être essentiellement transmissible d'un individu malade à un individu sain, d'une surface infectée à une surface saine; — B. le symptôme secondaire, manifestation sur la peau ou sur les muqueuses de lésions qui ont un caractère spécial, qui se lient nécessairement à l'accident primitif, qui n'ont lieu que quand celui-ci a existé; lésions dont le contact est moins contagieux, mais qui sont transmissibles par hérédité; — C. le symptôme tertiaire, manifestation de la même infection sur les organes profonds, le tissu cellulaire, le tissu fibreux, les os, conséquence du symptôme primitif, mais toujours séparé de lui par le symptôme secondaire.

4° Si la syphilis ne s'arrête pas à sa première période, et qu'elle ait à reparaître, c'est toujours dans le même ordre de succession des symptômes, sans lacune et sans interversion.

A la question de l'évolution syphilitique se rattache celle de savoir si la vérole peut se doubler, c'est-à-dire si un sujet déja infecté une fois peut subir pendant le cours de son existence une seconde infection.

Pour M. Ricord, c'est par la négative qu'il faudrait répondre,

et pendant longtemps il a professé qu'on n'avait qu'une fois l
vérole. « L'expérience, a-t-il écrit, a appris que l'individu déj
atteint de syphilis constitutionnelle n'est plus apte à contracte
une nouvelle infection générale. » Cette opinion est aussi l
mienne, à la condition de n'en pas faire une loi absolue, mai
bien une règle soumise à des exceptions rares, à la vérité, mai
réelles et authentiques. M. Follin, mon collègue actuel à l'hôpita
du Midi, en a rapporté, il y a plusieurs années, un fait irrécusable
L'affection qu'il observait ne pouvait être contestée, et comme l
malade avait été traité la première fois par M. Puche, qui tien
une note exacte de tous les malades de son service, il lui fut facil
de récuser l'erreur de diagnostic qui lui était imputée pour la pre
mière maladie.

Un ancien interne des hôpitaux, le docteur Delestre, en a fai
connaître, il y a peu de temps, un nouveau cas observé dans le
salles mêmes de M. Ricord, alors suppléé par M. Beauchet, et su
lequel il n'y a pas non plus le moindre doute à concevoir. L
docteur Rodet (de Lyon) en a cité quelques exemples dont les un
peuvent être valables, mais dont quelques autres sont très
contestables. On trouve dans la science un certain nombre de ca
semblables.

Pendant une pratique déjà longue, je n'en ai, pour mon compte
rencontré que trois faits bien positifs, et cependant j'ai bien cher
ché et j'ai toujours interrogé avec le plus grand soin les malade
que je pouvais supposer avoir déjà subis toute une évolution con
stitutionnelle.

Vidal (de Cassis) ne croyait pas à l'unicité de la vérole, et lors
que parut son *Traité des maladies vénériennes*, il fut vertemen
critiqué par M. Diday, très-croyant alors à la loi de M. Ricord
qu'il caractérisait en ces termes : « Loi restée jusqu'à notre âge san
prophètes, taxée il y a quinze ans encore de paradoxe bizarre, l
dogme de l'unicité syphilitique est aujourd'hui au rang des véri
tés les plus solidement assises. » Le syphilographe lyonnais étai
tellement convaincu, qu'appelé dans une famille dont les enfant
présentaient des symptômes qu'on pouvait croire de nature syphi
litique, il s'opposa à ce qu'un traitement mercuriel leur fût admi
nistré parce qu'au même moment le père prit en dehors de so
ménage un chancre induré, ce qui lui faisait dire que puisque l
père avait actuellement la vérole il en avait certainement été in
demne jusqu'alors, et que par conséquent l'infection héréditair
ne pouvait pas être admise, et cependant M. Diday publiait, il y

deux ans, dans les *Archives de médecine*, un mémoire où il relate vingt observations de syphilis double.

Je reparlerai de ce mémoire en traitant du chancre induré; ce que maintenant je veux faire remarquer, c'est à quelles fausses conséquences on peut se laisser entraîner si l'on n'a pas bien présent à la pensée ce que j'ai dit de l'évolution syphilitique : c'est qu'il y a des indurations qui ont été chancreuses, comme aussi des indurations ganglionnaires qui persistent pendant des années, alors que le sujet qui les portait était débarrassé de leurs conséquences secondaires et même tertiaires après des traitements rationnels bien suivis, et que sur ces indurations, sorte de tissu fibreux, comme inodulaires, il se développe quelquefois des érosions simples ou des chancres mous qui peuvent parfaitement simuler un chancre infectant d'origine nouvelle. C'est ainsi qu'un malade ayant déjà parcouru le cercle syphilitique régulier jusqu'à l'accident secondaire tardif, et même jusqu'à la gomme, peut, exceptionnellement, voir renaître un symptôme cutané ou muqueux superficiel et précoce, ainsi qu'en fait foi le cas de M. Boulay cité par Vidal (de Cassis) comme un exemple de syphilis double, d'une femme ayant des symptômes tertiaires, et chez laquelle on vit des plaques muqueuses se développer sur la place d'un vésicatoire pansé avec de la charpie imbibée de la sécrétion d'un symptôme semblable.

En traitant de la roséole, je citerai des cas de cet exanthème revenant pendant des années à l'époque du printemps, alors que les sujets paraissaient guéris de la diathèse syphilitique. Or, supposez que dans l'intervalle de ces retours d'éruption, une ulcération nouvelle se soit produite aux organes génitaux, n'aurait-on pas pu croire à une nouvelle infection avec son évolution ordinaire ?

Pourquoi, dans l'immense majorité des cas, n'a-t-on la vérole qu'une seule fois? Est-ce parce qu'il en reste toujours quelque chose dans l'économie et parce qu'une fois infecté on reste en puissance du mal, en d'autres termes, parce qu'on n'en guérit point? Je ne le crois pas, car autant vaudrait dire que si la variole, la rougeole ou la scarlatine n'attaquent généralement l'individu qu'une fois, c'est qu'il ne guérit jamais de la première atteinte; avec cette différence cependant, d'abord que ces affections diathésiques ont une durée fort courte relativement à celle de la syphilis qui est essentiellement longue et chronique, ensuite que pour elles il n'y a plus de contagion possible, tandis que pour la syphi-

lis, le contact avec un symptôme inoculable produira une infection qui, à la vérité, restera locale sur le sujet, mais que celui-ci pourra transmettre avec toutes ses conséquences à un autre sujet indemne jusqu'alors de vérole.

M. Ricord a admis que dans les cas où la vérole se contracterait de nouveau, les symptômes en devraient être infiniment moins graves. C'est effectivement ce que j'ai observé dans les trois cas qu'il m'a été donné de rencontrer. Chaque fois l'induration chancreuse et ganglionnaire fut modérée. Il y eut deux fois une roséole légère, une fois des plaques muqueuses restées superficielles, une autre fois une syphilide papuleuse discrète.

Cette bénignité ne se retrouve pas dans les observations de M. Diday, car il cite des cas où la seconde vérole aurait été plus grave que la première.

Dans ses *Lettres sur la syphilis*, M. Ricord a écrit : « Les thérapeutistes qui se respectent peuvent dire qu'ils préviennent ou font disparaître les manifestations constitutionnelles dans un grand nombre de cas, sans qu'il leur soit jamais permis d'affirmer qu'elles ne seront plus possibles. » Si les faits de syphilis constitutionnelle doublée se multipliaient dans la proportion de ceux indiqués par M. Diday, ce serait, il faut en convenir, une grande sécurité pour le praticien si souvent embarrassé pour répondre à son malade qui a intérêt à demander s'il est guéri à tout jamais. Question toujours difficile à résoudre quand on se rappelle que traitée ou non traitée la vérole peut se manifester de nouveau dix, vingt, trente ans, après la première apparition, alors que pendant ce long intervalle de temps, la santé a été parfaite ; et comme une maladie diathésique ne peut envahir l'économie qu'à la condition qu'une diathèse de même nature l'aura complétement abandonnée, une seconde infection syphilitique prouve au moins que l'économie était débarrassée de la première.

On peut donc guérir de la vérole. Aussi, quelque sage réserve que l'on doive mettre à trop rassurer un malade sur son avenir, je crois pourtant que lorsque après une manifestation constitutionnelle rationnellement traitée, un temps assez long, quelques années, s'est passé sans récidive, sans progression d'accidents secondaires et sans accidents tertiaires, et à plus forte raison si ces derniers se sont produits et s'ils ont bien disparu, on peut considérer le malade comme guéri, et, pour mon compte, je n'hésite pas à le lui dire. Sans doute une nouvelle poussée constitutionnelle viendra quelquefois me démentir, mais j'estime que cela vaut

encore mieux que de désespérer le malade et de lui tenir constamment sur la tête cette sorte d'épée de Damoclès : crainte bien faite pour empoisonner l'existence et pour démoraliser l'esprit le mieux trempé. Le cas échéant, je ne balance même pas à permettre le mariage : car, d'une part, ce serait vouer inutilement au célibat un grand nombre de personnes, et d'autre part, au point de vue de l'hérédité de la syphilis, je ne crois pas, on le sait, à l'infection du fœtus par le père.

HÉRÉDITÉ. — Hunter, en contestant aux symptômes syphilitiques constitutionnels et aux produits de sécrétion la propriété contagieuse, fut amené à nier l'hérédité de la syphilis.

L'illustre écrivain trouva parmi ses contemporains peu de partisans de ses idées nouvelles, et, depuis son époque de même qu'avant lui, tous les auteurs, à peu près, qui ont écrit sur les maladies vénériennes, ont admis la transmission des parents aux enfants. En effet, pour se refuser à l'accepter, il eût fallu faire table rase de tous les exemples qui s'en trouvent dans la science, il eût fallu se refuser à voir, avec les yeux de la bonne foi, les faits qui chaque jour se présentent à l'observation.

Tout cependant est-il à dédaigner dans la théorie de Hunter, et faut-il s'en tenir à la croyance générale de l'*hérédité de la syphilis par le père et par la mère indistinctement?* Telle n'est pas mon opinion, et quelque danger que l'on coure aujourd'hui à contester des doctrines pour ainsi dire traditionnelles, quelque prétention qu'il y ait d'en appeler d'un examen superficiel à une observation plus approfondie, j'oserai le faire parce que c'est ma conviction qui me guide, et que je ne me propose, en définitive, qu'un but tout scientifique.

La lecture des auteurs les plus voisins de l'épidémie du XV[e] siècle nous apprend peu de chose sur l'hérédité de la syphilis; elle devait être admise, alors que l'on croyait si facilement à la contagion, non-seulement par le plus léger attouchement entre parties saines, mais encore par l'intermédiaire de l'air atmosphérique, et bien que Benedetti ait déjà parlé de la teinture vénérienne qui exerce son influence sur toutes les humeurs de l'économie, bien que Jean de Vigo ait avancé que la maladie vénérienne peut imprimer son cachet spécial sur une foule d'autres affections, ce n'est guère qu'à partir de Paracelse et surtout de Fernel que l'esprit d'analyse éprouve quelque satisfaction, puisqu'à cette époque seulement la doctrine du virus syphilitique, dégagée désormais des idées bizarres et des théories humorales qui l'entouraient, surgit avec

toute la puissance qu'elle devait trouver dans la distinction entre les symptômes primitifs et les symptômes consécutifs.

Fernel admit donc l'hérédité, mais sans spécifier à quelle époque de la maladie elle peut avoir lieu, *si c'est pendant l'existence du symptôme primitif* ou *lors de la période secondaire.* Il dit seulement : *Nam et quam quis ab ortu accepit, ea olim ex parentum contagione processit.*

De Fernel à Astruc la différence est grande; grande aussi est la pénurie de documents nouveaux. Pendant toute cette période on ne trouve rien à noter sur la théorie de l'hérédité. Les auteurs qui se succèdent, se répètent sur ce point comme sur beaucoup d'autres. Astruc l'étudia plus sérieusement; *il admit l'hérédité par le père et par la mère:* par le père, dit-il, en ce que les particules de la semence communiquent à l'embryon le virus vénérien dont elles sont infectées; et par la mère, en ce que, fournissant pendant les neuf mois de la grossesse la nourriture au fœtus, elle lui fait part, en même temps, du mal dont elle est attaquée.

Mais la raison que donne Astruc de l'influence paternelle, est fort curieuse; elle tient, suivant lui, à ce que la semence est plus sujette que les autres sécrétions à être infectée du virus vénérien, à raison de l'affinité particulière qui la rend propre à en être intimement pénétrée, l'expérience prouvant que la vérole se répand principalement par le commerce vénérien, et conséquemment par le véhicule de la semence et des humeurs séminales.

On voit, par ce passage, que le préjugé populaire que l'on rencontre quelquefois et qui veut que la contagion par le coït ne puisse avoir lieu que s'il y a éjaculation, n'est pas si nouveau qu'il pourrait le paraître.

Après Astruc, B. Bell, Swediaur, Bertin, Michel Cullerier mon père, M. Lagneau, et plus récemment MM. Cazenave, Gibert, Ricord et Vidal (de Cassis), ainsi qu'un grand nombre d'accoucheurs du premier mérite, ont admis l'hérédité paternelle et l'hérédité maternelle sans distinction. Ce sont ces idées qui actuellement ont cours dans la science.

Est-on, cependant, suffisamment autorisé à admettre l'hérédité par le père ? Je ne le pense pas, et je crois, au contraire, que c'est là une théorie trop facilement acceptée, et beaucoup trop souvent basée sur des considérations morales plutôt que sur une observation incontestable.

Longtemps j'ai partagé la croyance générale, et quelquefois consulté par des malades affectés de symptômes de syphilis con-

stitutionnelle tardive, sur la possibilité du mariage, je répondais que, sans danger peut-être pour la femme, le mariage serait très-préjudiciable aux enfants qui en pourraient naître, parce qu'ils tiendraient de leur père la vérole dont il était actuellement atteint.

Cependant j'ai vu des enfants procréés dans ces conditions, je les ai ensuite suivis depuis l'instant de leur naissance pendant plusieurs années, et je n'ai jamais constaté sur eux le moindre symptôme syphilitique, et jamais les parents, auxquels je recommandais la plus grande surveillance pour le plus léger symptôme du côté de la peau ou des muqueuses qui pourrait se produire, ne se sont plaints que leurs enfants aient éprouvé de maladies en dehors de celles que l'on observe habituellement dans l'enfance.

Un des faits de cette nature qui m'ait paru le plus curieux est le suivant : Je donnais des soins à M. de M..., âgé de trente-cinq ans, pour une affection syphilitique caractérisée par de la syphilide squameuse, des tubercules muqueux à l'anus, des ulcérations grises et superficielles de la bouche, des croûtes impétigineuses du cuir chevelu, de l'alopécie et un engorgement de plusieurs ganglions cervicaux. Quelques mois auparavant il y avait eu, sur la verge, un chancre pour lequel aucun traitement interne n'avait été suivi.

Il y avait quinze jours que M. de M... était entre mains et qu'il avait commencé l'usage du protoiodure de mercure, à la dose de 5 centigrammes dans les vingt-quatre heures, lorsqu'il fut pris d'une salivation qui en nécessita la suspension. Cet accident le contraria vivement parce qu'il avait espéré, me dit-il, être sinon guéri, du moins assez amélioré pour pouvoir, sans danger, se marier deux semaines plus tard. En dépit de toutes les observations que je pus lui faire, malgré l'état fâcheux dans lequel il se trouvait, malgré même l'accident mercuriel qui durait encore, comme il y avait pour lui un intérêt très-grand et des considérations sociales très-impérieuses à contracter ce mariage, il s'y détermina.

C'est alors que je lui recommandai expressément d'éviter que sa femme devînt enceinte immédiatement, parce qu'à coup sûr, l'enfant qu'elle mettrait au monde serait entaché du principe syphilitique. Mes avis ne furent pas suivis, et la grossesse eut lieu dès les premières approches conjugales. Peu de temps après, M. de M..., obligé de quitter la France pour aller rejoindre son régiment en Afrique, me pria de surveiller la grossesse de sa femme et sur-

tout de donner toute mon attention à l'enfant dès qu'il serait né. C'est ce que je fis, mais l'enfant naquit très-bien constitué, très-vigoureux, et il n'a jamais présenté le moindre symptôme spécifique. Il a maintenant dix-huit ans, il est l'aîné de deux autres enfants qui ont toujours été également bien portants.

Autre fait : Un jeune homme qui avait eu des chancres contre lesquels un traitement mercuriel régulier avait été suivi, se maria au bout de six mois. C'était en province, les deux familles étaient nombreuses, des réunions fréquentes eurent lieu, et quelques excès de table, des nuits passées au bal s'ensuivirent. Le jeune homme, de retour à Paris, se plaignit de douleurs, de brisure dans les membres, qu'on crut être la suite des fatigues de tout genre auxquelles il venait de se livrer. Mais bientôt une roséole envahit la peau, la muqueuse gutturale se prit, et l'on constata l'adénopathie cervicale. Je fus alors consulté : j'appris que la femme n'était pas encore grosse, et qu'à l'instant même elle avait ses règles. Dans la crainte d'une fécondation contaminée, j'exposai au malade les dangers que courait un enfant procréé dans de telles circonstances, et il me promit de s'abstenir du coït; mais cette promesse fut oubliée d'autant plus vite qu'il voulait cacher à sa jeune femme la nature de son mal, et bientôt elle devint enceinte. La grossesse fut heureuse, l'enfant vint au monde fort et bien constitué, et, depuis quinze ans, il n'a jamais présenté rien d'anormal ou de suspect.

Ces deux faits m'impressionnèrent vivement puisqu'ils donnaient un démenti à la théorie unanimement admise, mais ils pouvaient, l'un et l'autre, être de ces exceptions comme on en voit souvent dans les lois scientifiques les mieux établies. Il se pouvait que, dans ces deux cas, l'influence de la mère eût annihilé celle du père, et que la bonne santé de l'une eût détruit ce qu'il y avait de fâcheux dans celle de l'autre, cela pouvant se voir pour la syphilis comme pour d'autres affections réputées transmissibles par la génération. Cependant je dirigeai mon observation sur ce point de l'hérédité paternelle, et je trouvai un certain nombre d'exemples semblables aux deux que je viens de rapporter.

Quel praticien n'a pas vu maintes fois des hommes être pris, ou, pour mieux dire, repris, après bien des années de mariage, de symptômes syphilitiques secondaires ou tertiaires, conséquence d'accidents datant de la jeunesse, et qui, pourtant, avaient procréé des enfants restés toujours indemnes du moindre symptôme spécifique? Pour mon compte, il m'est arrivé souvent de dire à des

malades, incertains sur la nature de leur affection, qu'ils avaient la vérole, et d'en recevoir cette objection, qu'ils n'avaient point eu de symptômes depuis leur jeunesse, et qu'ils étaient pères d'enfants restés toujours sains.

On admet généralement que l'hérédité de la syphilis peut avoir lieu pendant la manifestation même des symptômes, qu'ils soient primitifs, secondaires ou tertiaires. Presque tous les syphilographes disent qu'elle peut être produite alors que les ascendants ne présentent aucun symptôme actuel, bien qu'ils soient sous l'influence du virus syphilitique, c'est-à-dire qu'entre la guérison de l'accident primitif et l'apparition de l'accident secondaire et entre celui-ci et le tertiaire, l'infection héréditaire peut avoir lieu. Quelques restrictions cependant ont été faites à cette théorie, et il s'est trouvé des auteurs qui ont été conduits à admettre que, hors du temps de la manifestation vénérienne, l'enfant procréé ne courait aucun risque d'être infecté.

Au point de vue de la mère, c'est là une erreur manifeste que les faits journaliers se chargent de démontrer. L'hérédité maternelle de la syphilis peut avoir lieu dans toutes les circonstances, et, dès que le principe vénérien a été introduit dans la constitution d'une femme, elle pourra faire des enfants vérolés n'importe à quelle époque de l'évolution de la maladie, et soit qu'elle présente actuellement des symptômes évidents, soit, au contraire, qu'elle paraisse jouir de la santé la plus florissante.

Dans les hôpitaux spéciaux, où il naît des enfants syphilitiques, si l'on interroge la santé de la mère, on trouve ou qu'elle est malade encore au moment même de l'accouchement, ou qu'elle l'a été pendant qu'elle était enceinte, ou qu'enfin elle a eu des symptômes primitifs ou secondaires avant de le devenir. L'incertitude à cet égard ne résulte que de dénégations systématiques d'un silence calculé, de l'oubli ou de l'erreur. J'ai la conviction, par suite de ce que j'ai été à même d'observer, que, dans la pratique de la ville, on arriverait aux mêmes résultats si, dans la recherche des antécédents des parents, on n'était retenu par maintes considérations morales ou sociales que le médecin prudent ne doit pas enfreindre.

Si l'on avait appliqué au père la loi qui veut que l'hérédité ne puisse avoir lieu que lorsqu'il existe au moment de la procréation des apparences syphilitiques, on n'aurait que très peu de faits à citer; aussi a-t-on dû, dans l'immense majorité des cas, aller rechercher des symptômes très-anciens, et, souvent même,

des symptômes étrangers à la syphilis pour expliquer la transmission paternelle en innocentant l'influence de la mère.

Si, en effet, on met de côté les cas de syphilis héréditaire par le père, dans lesquels on ne trouve chez celui-ci pour antécédents que des blennorrhagies, que des végétations ou des ulcérations fugaces aux organes génitaux, le nombre de ces cas héréditaires sera singulièrement restreint, et il ne restera guère que ceux dans lesquels il y avait, au moment du coït fécondant, affection contagieuse et par conséquent possibilité d'infection de la mère.

La possibilité d'une affection syphilitique contagieuse au moment du coït fécondant a fait établir des nuances dans l'hérédité. Ainsi, pour M. Cazenave, la syphilis d'un enfant provenant d'un père malade d'un symptôme contagieux à l'instant de la procréation, ou bien étant le résultat d'une maladie primitive de la mère pendant la grossesse, cette syphilis n'est plus de l'hérédité à proprement parler comme on l'entend généralement, c'est une syphilis congénitale par contagion directe, résultat accidentel du contact du fœtus avec la matière virulente.

C'est là une distinction toute scolastique à laquelle il ne faudrait pas donner plus d'importance qu'elle n'en a réellement; car, quelle que soit l'époque de transmission de la syphilis, c'est toujours alors de l'hérédité, le nom de congénitale devant être réservé à l'infection de l'enfant au passage, pendant l'accouchement même; circonstance que bien des raisons doivent faire regarder comme très-rare et dont on ne peut citer qu'un petit nombre d'exemples. D'ailleurs, pour croire qu'il n'y a pas déjà un vice constitutionnel agissant sur les produits de sécrétion des individus, hommes ou femmes actuellement atteints d'un symptôme contagieux, il faudrait admettre une localisation plus ou moins durable qui n'est pas dans la théorie du savant auteur que je viens de nommer.

Cette opinion n'infirme donc en rien ma manière de voir, puisque si elle admet une contagion possible entre la semence du père et l'ovule que cette semence va féconder, elle doit admettre, à bien plus forte raison, la contagion avec la mère par l'acte du coït. Or, je répète que tout est là et que la mère pouvant être malade, c'est de son fait et de son fait uniquement que l'hérédité aura lieu.

Je ne puis pas avoir un relevé numérique assez exact des cas de syphilis héréditaire observés dans mon service de Lourcine pour

m'en faire un argument contre la transmission paternelle du principe syphilitique, en dehors de la manifestation morbide; mais je vais laisser parler une autorité dont l'esprit judicieux et la loyauté scientifique sont appréciés de tous. Legendre, dans son excellent travail sur les syphilides, rapporte qu'il a observé quatorze malades qui, pendant la période de temps qui sépara la disparition des symptômes primitifs du développement de l'éruption vénérienne, eurent un nombre total de soixante-huit enfants; sur ce nombre, trente-cinq étaient morts sans avoir jamais présenté rien d'anormal sur le corps. L'époque de la mort, déterminée chez ces enfants, donna pour moyenne sept ans. Quant aux trente-trois qui vivaient, ils avaient toujours joui d'une bonne santé et offraient un âge moyen de dix-sept ans.

Ce document est précieux, car il sort d'une école dans laquelle les conséquences héréditaires d'une affection vénérienne, de quelque nature et de quelle date que ce soit, sont admises presque sans restriction.

Voilà donc soixante-huit enfants issus de pères évidemment syphilitiques et chez lesquels on n'a pourtant rien observé de l'hérédité spécifique. Admettons que pour un certain nombre de ces enfants la paternité n'ait été que nominale, car il faut faire la part de bien des éventualités, il en restera cependant encore assez pour prouver que l'influence paternelle a été nulle.

Si par opposition on prend le même nombre de femmes devenant enceintes dans l'intervalle de temps qui aura séparé une première affection d'une manifestation secondaire ou d'une récidive, très-certainement à quelques exceptions près, car la transmission héréditaire n'a pas lieu fatalement, ces enfants seront entachés du vice syphilitique maternel. On voit souvent des femmes ayant eu la vérole, et paraissant radicalement guéries à la suite de traitements rationnels, donner le jour à des enfants vérolés. J'en ai cité une observation très-remarquable dans mon mémoire sur le traitement de la syphilis des nouveau-nés, et au moment où j'écris ces lignes on en voit un très-bel exemple dans mon service.

Je sais bien que ce sont précisément des cas semblables qui ont fait mettre le père en cause, parce ce qu'on ne trouvait rien chez la mère; mais il ne saurait y avoir d'équivoque lorsque d'un côté on a l'aveu ou la preuve d'une maladie antérieure de la mère, et que plus tard il se développe chez elle des symptômes non douteux d'une récidive qui vient prouver que la guérison radicale n'était qu'apparente.

Une considération qui, pour moi, est capitale et à laquelle on n'a peut-être pas donné assez d'attention, est la suivante : On voit parfois, dans le monde, des jeunes femmes qui font une série de fausses couches sans que la cause en soit appréciable. La pensée d'une maladie vénérienne antérieure du père vient naturellement alors au praticien qui est consulté, et il est rare qu'un traitement antisyphilitique ne lui soit pas prescrit. Cependant d'autres avortements ont lieu et ce n'est souvent que lorsque la mère elle-même a fait un traitement semblable que les avortements cessent.

Je pourrais rapporter des faits de cette nature que j'ai été à même d'observer, mais cela serait allonger inutilement ce travail. Tous les chirurgiens, tous les accoucheurs surtout, sont en mesure d'en citer un grand nombre d'exemples.

Je ne nie pas que dans bien des circonstances on n'éprouve un grand embarras à expliquer soit des avortements successifs, soit la naissance d'un enfant syphilitique; mais ainsi que je l'ai dit déjà, cet embarras n'a très-fréquemment pour cause que la position sociale des parents dont on craint d'alarmer la susceptibilité, auxquels même on croirait faire injure en les interrogeant sur leurs antécédents, surtout quand il s'agit d'une infection possible de la mère. Aussi, qu'arrive-t-il le plus ordinairement? C'est que, se reposant sur la routine, on constate le fait sans remonter à la cause. Il arrive aussi que l'homme de science, qui ne se contente pas de ce qu'il voit, et qui veut aller plus loin dans son investigation, est taxé d'indiscrétion. Comme si l'erreur des sens n'était pas de toutes les conditions sociales.

En général, les hommes avouent, sans trop d'hésitation, les accidents vénériens qu'ils ont pu avoir dans leur jeunesse, mais lorsqu'on a intérêt à savoir s'ils n'étaient pas malades d'un symptôme contagieux à l'époque de leur mariage, ils s'en défendent avec l'énergie que peut donner la pensée d'une action malhonnête. Cependant, en insistant sur cette recherche rétrospective, on acquiert quelquefois la certitude que les premières approches conjugales ont eu lieu pendant l'existence même d'un symptôme transmissible, symptôme auquel le malade n'attachait pas d'importance, ou que le médecin avait déclaré ne plus être dangereux.

Une jeune femme, de la clientèle de M. Danyau, fit une fausse couche à six mois. Notre estimable et aimé collègue, soupçonnant a cause de l'avortement dans des maladies vénériennes anciennes

du père, me l'adressa. Je constatai chez lui une syphilis constitutionnelle à symptômes superficiels, et je n'hésitai pas à lui dire qu'il devait avoir eu, six ou huit mois auparavant, une ulcération à la verge. Il m'avoua alors avec une grande candeur qu'effectivement, quatre ou cinq semaines avant son mariage, il avait eu une petite plaie très-peu profonde, tout à fait indolente, et qu'un médecin ayant déclaré qu'elle était de nature simple, il s'était contenté de la penser avec de la charpie et de la poudre de thuya; que le jour même de son mariage elle était encore le siége d'un peu d'humidité, et qu'elle ne s'était entièrement cicatrisée qu'une quinzaine de jours après. Quant à la roséole et aux ulcérations qu'il portait actuellement dans la gorge, il n'y avait pas fait la moindre attention, et il s'étonna de l'importance que j'y attachais.

Je fis part à M. Danyau de ce que j'avais observé et de la conviction dans laquelle j'étais, que sa cliente était elle-même entachée du principe syphilitique. Au bout de peu de temps, notre collègue put constater sur elle des plaques muqueuses aux commissures des lèvres buccales et une éruption papulo-tuberculeuse à la naissance des cheveux, sur le front, et à la partie postérieure du cou. L'incertitude n'était plus possible, et un traitement mercuriel put être fait à l'insu de la malade et de la famille.

Dans cette observation, l'accident primitif de la mère, qui a donné lieu à l'infection générale, a passé inaperçu; mais il remontait évidemment au moment des premières approches conjugales, puisque le mari avait, à cette époque, une ulcération qui n'était pas cicatrisée. Cependant, si le mari n'avait pas avoué cette ulcération, et si je n'en avais pas retrouvé la trace; si, d'un autre côté, un œil moins exercé que celui de M. Danyau n'avait pas reconnu les accidents secondaires de la mère, comme à l'instant de l'avortement le père portait aussi des accidents de même nature, à coup sûr c'est à son influence morbide qu'eût été attribuée la fausse couche.

J'ai vu plusieurs fois les mêmes circonstances exactement pour la syphilis héréditaire, et souvent, par des questions bien dirigées, j'ai pu obtenir du père l'aveu qu'au moment de son mariage il portait sur la verge un symptôme vénérien. D'ailleurs, dans cette recherche de l'influence de l'hérédité paternelle, il ne faut pas oublier que l'évolution de la syphilis est soumise à des règles générales qui, sans doute, ne sont pas absolues, mais qui peuvent néanmoins jeter une grande lumière sur l'étiologie et guider

le praticien dans ses investigations si pénibles et si incertaines. A cet égard, j'emprunte à M. Ricord, partisan, comme on le sait, de l'hérédité paternelle, une observation de laquelle il m'est impossible de tirer les mêmes conclusions que celles de notre savant collègue.

« Une jeune femme, dit-il, accompagnée de son mari, beau-» coup moins jeune, vint me consulter pour son enfant qu'elle » venait de retirer de nourrice, infecté d'une syphilis constitu-» tionnelle qu'elle accusait la nourrice de lui avoir communi-» quée. L'enfant était presque couvert d'une syphilide squa-» meuse humide; le pourtour de l'anus et des lèvres était le siége » de plaques muqueuses exulcérées. L'enfant avait six mois, et, » au dire de la nourrice, c'était au bout de six semaines que les » premiers accidents s'étaient montrés. Cependant la mère et le » mari m'affirmèrent n'avoir jamais subi de contagion, et l'exa-» men attentif ne me fit, en effet, rien découvrir ni d'actuel ni » de passé. La nourrice, à son tour examinée avec le plus grand » soin, me parut parfaitement saine; son enfant, qu'elle nour-» rissait en même temps que le nourrisson malade, était très-» bien portant.

» J'étais fort embarrassé dans la recherche de l'origine de la » syphilis de cet enfant, quand je reçus le lendemain la visite » d'un jeune officier de cavalerie, qui vint me consulter pour » une syphilide palmaire et plantaire dont il était affecté. Cet » officier m'interrogea avec une sollicitude touchante sur la ma-» ladie de l'enfant qu'on m'avait présenté la veille et me fit la » confidence de la part qui lui revenait dans cette question ; mais » comme il ne connaissait pas les lois de l'hérédité, il était sur-» pris d'avoir donné le jour à un enfant malade, attendu, disait-il, » qu'il s'était cru guéri, et qu'il n'avait plus aucun symptôme de » la maladie quand il avait eu des rapports avec la dame qui, du » reste, n'avait jamais été malade. » (Ricord, *Treizième lettre sur la syphilis.*)

J'ai toujours été étonné de la facilité avec laquelle, dans cette observation, M. Ricord avait admis la revendication de l'influence paternelle. C'est, en effet, un des caractères de son école que la rigueur qu'il assigne aux lois de l'évolution de la syphilis, et pour lui il n'y a pas un accident infectant qui passe la période de six mois sans manifestation constitutionnelle, et, tout au plus, dans un accès de générosité, ainsi qu'il le dit, accorde-t-il que le délai puisse aller à un an. Ici, l'enfant était âgé de six mois, il s'était

donc écoulé quinze mois depuis sa procréation. Or, il est assez difficile de croire que ce jeune officier ait conservé pendant aussi longtemps une affection constitutionnelle, visible pour tout le monde, et il est, ce me semble, beaucoup plus rationnel, et, d'après M. Ricord lui-même, beaucoup plus logique de supposer que le malade avait, quinze mois auparavant, le chancre qui a donné lieu aux accidents secondaires actuellement observés, et que les rapports avec la jeune femme ayant eu lieu précisément à cette époque, il lui aura communiqué le chancre dont la syphilis constitutionnelle, avec ou sans manifestation apparente, a été le résultat et qui se sera transmise à l'enfant dans le sein maternel.

Je sais bien que M. Ricord, en établissant le terme de six mois pour l'apparition de l'accident secondaire après le chancre infectant, a soin de dire que c'est à la condition que celui-ci restera vierge de tout traitement mercuriel, cas dans lequel la manifestation n'a plus rien de régulier, et peut être retardée indéfiniment. Mais, d'abord, l'observation est muette sur ce point, et il est seulement dit que le malade se croyait guéri. Mais guéri de quoi? Est-ce du chancre ou d'un symptôme secondaire? En second lieu, ma conviction est qu'un traitement mercuriel n'apporte pas toujours un grand trouble dans l'évolution régulière de la syphilis.

Ainsi dans cette observation, de même que dans celle de la malade de M. Danyau, il était possible, mais par une autre voie, d'assigner l'époque à laquelle l'accident primitif avait eu lieu, et d'en déduire cette conséquence qu'au moment de la procréation il existait un chancre capable d'infecter la mère.

Que l'étiologie de la plupart des cas d'avortements successifs ou de syphilis héréditaire soit très-obscure, cela est positif, mais cette obscurité même est favorable au raisonnement et à l'analyse, et elle autorise à appliquer aux faits incertains, les conditions de ceux qui sont incontestables. C'est elle aussi qui, déjà, a éveillé le doute dans l'esprit de quelques auteurs, et qui leur a fait admettre que l'influence maternelle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, ou même qu'elle est complétement exclusive. Ainsi, le docteur Bouchut, dit dans son ouvrage sur les *maladies des nouveau-nés :* « La syphilis héréditaire peut être la provenance du père, atteint lui-même de syphilis constitutionnelle invétérée. Elle résulte de la fécondation impure du germe par le père. » Puis, comme s'il avait

assez sacrifié à la tradition, et comme si, d'après son expérience, la vérité se faisait jour pour lui, M. Bouchut ajoute un peu plus loin : « Dans l'état actuel de la science, la transmission de la » syphilis par le père n'est pas bien établie, et dans presque tous » les cas de syphilis héréditaire bien observée, la cause en a » été trouvée chez la mère. »

Pour émettre cette présomption, M. Bouchut s'appuie sur l'observation ; c'est aussi l'observation que j'invoque pour me croire fondé à rejeter entièrement l'influence morbide du père dans l'hérédité.

On comprend qu'avec ma manière de voir il faille renoncer tout à fait à cette opinion, professée depuis longtemps par M. Ricord, et renouvelée ensuite par M. Depaul, à savoir, que le fœtus infecté par le père peut, à son tour, infecter la mère pendant la vie intra-utérine.

Je crois que ces deux savants praticiens seraient bien embarrassés de citer un seul fait authentique de semblable infection, et je suis en droit de supposer que les cas qu'ils ont cru observer sont précisément de ceux dans lesquels une syphilis primitive avant ou dans les premiers temps de la grossesse n'a fait voir ses manifestations constitutionnelles qu'après l'accouchement.

M. le docteur Sémanas (de Lyon) a publié, en 1849, dans la *Gazette médicale*, la relation d'un prétendu fait de syphilis constitutionnelle transmise du fœtus à la mère.

Voici cette observation, telle qu'elle est rapportée dans le *Traité des maladies vénériennes* de MM. Maisonneuve et Montanier.

« Madame P..., demeurant à Lyon, rue Centrale, mariée depuis le mois d'octobre 1848, vient me retenir pour ses couches, qu'elle croyait pouvoir fixer à la fin de juin 1849. Madame P... est âgée de vingt-quatre ans; elle est petite, d'un tempérament nervoso-sanguin, de *santé parfaite avant comme après son mariage*, dernière circonstance que des occasions fréquentes de la voir me permettaient d'affirmer positivement.

Sa grossesse n'a rien présenté de remarquable, sauf les petites indispositions inhérentes à cet état.

Le 30 mai 1849, c'est-à-dire huit mois seulement après l'époque présumée de la conception, madame P... me fit appeler de grand matin pour des coliques accompagnées d'un malaise dont elle ne se rendait pas compte. A mon arrivée, je reconnus le commencement du travail d'enfantement, travail qui, après une

durée de six heures, se termina par l'expulsion d'un enfant de parfaite apparence, vif et bien portant, sauf son petit volume. L'enfant fut mis en nourrice.

A quelques jours de là, je reçus la visite du mari, M. P..., qui venait me consulter pour une éruption ancienne du cuir chevelu. Mon examen me permit de constater l'existence d'une syphilis constitutionnelle arrivée à sa deuxième période, exprimée par pustules sur le cuir chevelu, alopécie et syphilide palmaire des plus caractéristiques.

M. P..., interrogé par moi, m'affirma que son affection, dont il ignorait soi-disant l'origine, remontait à plusieurs mois avant son mariage; il ne se souvenait pas, il affirmait n'avoir jamais eu de chancre, etc., etc.

Après avoir formulé un traitement *ad hoc*, je profitai de la circonstance pour éclairer M. P... sur le genre de son affection et pour le prévenir que son enfant, bien portant jusqu'ici, ne manquerait pas d'éprouver quelque atteinte fâcheuse du même mal qui, suivant toute probabilité, le ferait mourir.

Mes prévisions ne furent que trop bien confirmées à l'égard de l'enfant, puisque le 19 juillet, c'est-à-dire cinq semaines environ après la naissance, ce dernier me fut apporté, et que je constatai sur lui : ulcères de mauvais caractère siégeant derrière les oreilles et sur le cuir chevelu, émaciation de tout le corps, ratatinement général, facies de vieillard, diarrhée colliquative. Bref, ainsi que cela arrive en pareil cas, la mort eut lieu au bout de peu de jours d'un traitement complétement inefficace.

Quant à la mère, dont les suites de couches avaient été des plus heureuses et que je considérais comme exempte désormais de tout inconvénient du même genre (bien convaincu que j'étais d'ailleurs de l'impossibilité d'une communication directe de la syphilis constitutionnelle entre adultes), elle n'en fut pas moins frappée d'une syphilis secondaire et tertiaire à marche des plus aiguës, ainsi que cela résulte de l'exposé suivant :

L'affection débuta chez elle le 19 juillet, c'est-à-dire à la même époque que chez l'enfant, par des pustules nombreuses occupant le tour des ailes du nez et de la bouche, ainsi que le cuir chevelu. Le 21, semblables pustules avaient envahi toute l'étendue des parties génitales externes, qui s'en trouvaient gonflées et très-douloureuses. Du 24 au 30, une éruption roséolique s'étendait à plusieurs reprises sur le tronc et les membres; enfin, vers les premiers jours du mois d'août, des douleurs ostéocopes intolé-

rables, surtout la nuit, se firent sentir; il s'y joignit de l'angine, une plaque ulcérative au palais et des croûtes sanguinolentes dans le nez.

Tous ces phénomènes, remarquables par leur acuité, ne le furent pas moins par leur promptitude à disparaître sous l'influence d'un traitement énergique dont l'iodure de mercure et l'iodure de potassium associés ou alternés furent la base; de telle sorte que le 10 septembre suivant, la malade était ou paraissait complétement guérie; il n'y a pas eu de récidive jusqu'ici. Le mari, chez qui l'affection montrait d'abord plus de résistance au traitement, paraît également guéri. »

Voici maintenant la critique judicieuse dont MM. Maisonneuve et Montanier font suivre cette observation. Je la transcris en entier, parce qu'elle trouvera sans doute son application dans d'autres faits du même genre.

« Nous avons peine à comprendre comment deux auteurs instruits et consciencieux, tels que MM. Sémanas et Diday, acceptent une pareille observation sans en voir immédiatement le côté vulnérable. Dans des cas analogues, il faudrait d'abord que la moralité de la mère fût au-dessus de toute atteinte; c'est la seule manière de raisonner, avec un peu de certitude, sur un point dont on ne peut jamais être parfaitement sûr. Or la dame qui fait le sujet de l'observation de M. Sémanas accouche après sept mois et demi de mariage, un peu plus, un peu moins, d'un enfant d'un petit volume il est vrai, mais vif, bien portant, d'une bonne santé apparente. Tout indique un accouchement à terme après sept ou huit mois au plus de mariage.

» Mais laissons le point de moralité, et voyons si la maladie du père et de la mère ne peut pas être autrement interprétée.

» Voilà un homme qui se présente un jour avec des symptômes de syphilis constitutionnelle bien tranchés. Où est la source? Il l'ignore ou feint de l'ignorer. M. Sémanas dit bien que M. P..., interrogé, affirma que son affection, dont il ignorait soi-disant l'origine, remontait à plusieurs mois avant son mariage. Mais de quelle affection s'agit-il? Du chancre; non, on ignore s'il y en a eu. De la syphilide? Comment! voilà une syphilide, fort ennuyeuse après tout, affectant la tête et les mains, que M. P... garde pendant quinze ou vingt mois sans essayer de s'en débarrasser? Il y a plus, il la garde pendant qu'il fait la cour à madame P...; il n'essaye pas même de s'en guérir avant le jour de ses noces. Marié. sa femme ne lui en fait pas d'observation, et il ne va pas consulter

de médecin. Non, ce n'est pas ainsi que les malades agissent habituellement. Sans doute, et nous le savons autant que qui que ce soit, il est des malades qui sont à leur endroit d'une négligence extrême; mais ce n'est pas habituellement parmi ceux de la classe de M. P... qu'on rencontre cette stupide incurie.

» Il n'est pas d'ailleurs difficile d'interpréter autrement ce fait. Pour une raison quelconque, que nous n'avons pas à apprécier, M. P... veut cacher l'origine de son mal. S'il l'avait contracté étant garçon, que lui importait de l'avouer? Mais il n'ose pas dire qu'il a contracté la syphilis depuis son mariage. Or, dans cette hypothèse, tout se passe suivant les règles ordinaires de l'évolution de la vérole. Le père est atteint d'une syphilis constitutionnelle qui a débuté, non pas quelques mois avant son mariage, mais très-probablement quelques jours avant de consulter le médecin. La femme contaminée par son mari, ou bien source première de l'infection de celui-ci, est affectée à son tour de syphilis secondaire et tertiaire, un peu plus tard que son mari seulement. Enfin l'enfant succombe, ce qui arrive presque fatalement lorsque les deux parents sont malades.

» Voilà très-probablement l'explication vraie des faits, car celle que donne M. P... est plus qu'invraisemblable. Si M. Sémanas eût poussé celui-ci, sans contredit il eût obtenu quelques aveux qui auraient bien modifié le titre de son observation.

» Dans tous les cas, et même en supposant que notre interprétation soit erronée, on voit que ce n'est pas avec de semblables observations qu'on peut arriver à prouver le fait, que nous nions, *de la transmission de la syphilis du fœtus à la mère.* De pareilles observations ont besoin d'être entourées de toutes les garanties qui manquent absolument à celle-ci : moralité de la mère, précision dans les détails, origine certaine de la maladie, etc., etc. Aussi répéterons-nous, en terminant, que nous avons peine à comprendre que MM. Sémanas et Diday aient accepté un pareil fait comme concluant, car M. Sémanas regarde son observation comme parfaitement concluante, et M. Diday comme un fait qui lui paraît digne de figurer parmi les mieux constatés de cette catégorie. »

Il convient d'ajouter, pour le plus grand enseignement de cette observation, qu'à l'époque où elle a été faite, ni M. Sémanas ni M. Diday, pas plus que leurs commentateurs, MM. Maisonneuve et Montanier, ne croyaient à la contagiosité des accidents secondaires, et qu'il est probable qu'aujourd'hui personne, pour

expliquer la maladie de la mère, ne s'aviserait de la faire passer par le fœtus, le père ayant eu tout ce qu'il faut pour infecter directement sa femme.

M. Ricord a avancé sa proposition, mais il n'a pas cité d'exemples à l'appui. Je ne connais pas les faits sur lesquels se fonde M. Depaul pour soutenir cette opinion, et il est à désirer qu'ils résistent mieux à l'analyse que celui de M. Sémanas; mais, suivant toute probabilité, nos deux confrères ne peuvent présenter, pour étayer leur théorie, que l'honorabilité et la moralité de leurs clients; double élément de conviction bien fragile quand il s'agit des maladies des organes génitaux ou de leurs conséquences.

Vidal (de Cassis) a publié une observation fort curieuse dont le merveilleux l'emporte de beaucoup sur celles de MM. Ricord et Depaul; il s'agit d'une femme dont le premier mari avait une vérole très-rebelle. Elle eut de ce lit un enfant qui mourut avec les signes les plus évidents de la syphilis. Cette même femme, après la mort de son mari, contracta un nouveau mariage avec un homme complétement sain; elle était saine aussi, c'est-à-dire rien de syphilitique ne pouvait être observé chez elle. Eh bien! quatre ans après la première union, et après des rapports avec le nouveau mari, elle mit au monde un enfant également syphilitique.

D'où Vidal tire cette conclusion que « l'impression du sperme sur les ovaires peut être telle, que non-seulement le premier produit sera influencé par ce sperme, mais encore d'autres produits, et cela après une copulation qui aura eu lieu avec un époux différent. »

Si quelque chose peut surprendre dans cette observation, c'est assurément la facilité avec laquelle Vidal a admis les dires de sa malade. En effet, il ne l'a pas suivie pendant tout le temps de son mariage; par conséquent il n'est pas en mesure de dire si elle n'avait pas eu quelque manifestation primitive ou secondaire avant de devenir enceinte ou lorsqu'elle portait le premier enfant syphilitique.

Est-ce parce qu'elle ne présentait aucun symptôme pendant et après la seconde grossesse que Vidal peut affirmer qu'elle n'était pas malade? Mais ne voit-on pas tous les jours des enfants vérolés issus de femmes l'ayant été elles-mêmes plus ou moins longtemps avant de devenir mères, bien qu'elles n'en présentent plus actuellement aucun indice? J'en ai cité des faits, et si l'on parcourt la dernière publication de Vidal on y trouve cette phrase :

« Non-seulement le père peut vicier l'œuf pendant qu'il est porteur de certains accidents syphilitiques, mais même après la disparition de ceux-ci, du moins quand rien en lui n'indique extérieurement l'existence de la diathèse, c'est là un fait reconnu par les praticiens les plus recommandables. » Mais les praticiens les plus recommandables seraient peu conséquents avec leur doctrine s'ils déniaient à la mère ce qu'ils accordent au père. Au surplus, quand on lit attentivement cette observation, on voit que Vidal était bien un peu sous l'impression de cette idée quand il dit : « cette femme était saine, c'est-à-dire rien de syphilitique ne pou» vait être constaté chez elle. »

Prétendra-t-on que, parce que cette malade ne présentait pas de symptômes apparents, la syphilis était localisée dans les ovaires? Mais alors il ne serait pas déraisonnable, de la part de ceux qui croient à l'hérédité paternelle, d'admettre que chez les hommes qui procréent des enfants vérolés, bien que rien n'indique en eux l'existence de la diathèse, la syphilis est localisée dans les testicules ou dans les vésicules séminales. Je vais plus loin, et sans crainte d'être accusé de forcer l'analogie, je dis que des auteurs très-recommandables aussi, et à leur tête Rosen, ont prétendu que le lait d'une nourrice ayant eu la vérole, mais n'en présentant aucun symptôme, pouvait infecter le nourrisson. Sera-ce encore ici une localisation syphilitique dans les mamelles ou dans les conduits galactophores?

Au surplus, Vidal, après avoir rappelé cette observation dans son *Traité des maladies vénériennes*, avoue que ce fait lui paraissait inexplicable, surnaturel, et qu'il l'aurait fortement mis en doute, s'il n'avait été lui-même l'observateur, et il ajoute que, depuis qu'il l'a observé, la physiologie comparée lui a prouvé qu'il était dans les lois naturelles. En effet, il cite, d'après M. Acton, l'histoire d'un Anglais qui, étant aux Indes, voulut obtenir une race de chevaux croisée par le zèbre. Il fit couvrir une jument par un zèbre; le produit fut un poulain qui avait des marques très-caractérisées du zèbre, entre autres des bandes noires sur les jambes et sur les épaules. Cette jument fut éloignée ensuite du zèbre, et livrée à des chevaux ; elle mit bas trois fois, et chaque fois le poulain portait des marques distinctives du zèbre, depuis longtemps absent. Ainsi, par l'acte de la première fécondation, l'impression du zèbre a été telle, sur la femelle, que non-seulement l'œuf fécondé par lui, mais les trois autres fécondés par des chevaux ont donné lieu à des produits zébrés.

Cette curieuse observation, que M. Acton a empruntée aux *Transactions philosophiques*, est vulgaire, et dans le même recueil on en trouve quelques autres tout à fait identiques. Cette influence du premier mâle fécondant sur les portées suivantes, et qui lui sont étrangères, est un fait bien connu de tous les éleveurs, et il se fait voir dans toutes les races; la cause en est, sans doute, impossible à dégager au milieu des mystères de la conception, et soit qu'avec Haller on l'attribue à une impression permanente déterminée par la semence du mâle sur les organes génitaux de la femelle, et plus particulièrement sur l'ovaire; soit qu'on la croie due à l'influence exercée par le fœtus sur le tempérament de la mère, ainsi que le pensent quelques auteurs; soit enfin qu'on n'y voie qu'une affaire d'imagination, ainsi que l'ont prétendu certains écrivains, toujours est-il qu'il n'y a là que de la physiologie pure sans influence morbide, tandis que l'observation de Vidal est un cas pathologique.

La *Gazette médicale de Paris* a publié, il y a quelques années, un mémoire fort intéressant sur l'influence exercée par le mâle sur la constitution et la reproductivité de la femelle; mémoire dans lequel l'auteur, Alexandre Hervey (d'Aberdeen) touche en passant, et d'une manière succincte, la question de savoir si le mari peut transmettre à la femme, par l'intermédiaire du fœtus, le virus syphilitique, la diathèse scrofuleuse ou toute autre tendance morbide, la folie elle-même. Il ne rejette pas, d'une manière absolue, cette filière pathogénique; cependant les cas qu'on en a cités ne lui paraissent pas assez probants pour l'admettre définitivement. Mais le docteur Hervey donne un conseil que je recommande aux partisans de la théorie de MM. Ricord et Depaul, ainsi que celle de Vidal, à savoir, qu'à ce point de vue il serait fort important, dans le cas où il s'agit d'épouser une veuve, de s'assurer des particularités constitutionnelles de son premier mari.

Il n'est pas rare, dans quelque point que ce soit des sciences médicales, de rencontrer des observations qui, par leur netteté et leur précision, peuvent jeter un certain jour sur celles qui sont obscures, ou tout au moins d'une interprétation difficile; c'est ainsi qu'à côté de celle dont je viens de parler, et qui lui est propre, Vidal en a rapporté une autre empruntée à feu le docteur Vassal, praticien distingué de Paris, dans laquelle il est question d'une veuve C... qui, atteinte d'accidents vénériens, fut soumise à un traitement complet, sous l'influence duquel elle parut en

être délivrée. Remariée quelque temps après, elle eut successivement deux enfants qui succombèrent tous les deux avec des symptômes évidents d'infection syphilitique. Le second mari étant mort bientôt après d'une fièvre ataxique, sans jamais avoir éprouvé le moindre symptôme de vérole, la dame C... se maria pour la troisième fois, et eut, de ce mariage, deux jumeaux qui moururent sous l'influence des mêmes causes ; puis elle accoucha, pour la quatrième fois, d'un enfant mâle qui fut bientôt atteint d'un corona Veneris, mais qui, soumis à un traitement mercuriel, guérit et survécut ; « et cependant, dit Vassal, depuis son traitement la dame C... n'a cessé de jouir d'une santé florissante, elle n'a éprouvé aucun nouveau symptôme vénérien, elle n'a rien communiqué aux hommes qui ont cohabité avec elle, mais elle n'en a pas moins transmis la syphilis à tous les enfants qu'elle a mis au monde. »

Cette observation est précise : c'est un bel exemple d'une syphilis maternelle larvée et ne se manifestant que sur les enfants. Mais supposons pour un instant que les symptômes qu'a présentés cette femme aient été méconnus ou oubliés, et qu'on n'ait eu connaissance que de ceux du premier mari, on aurait pu arriver à ne voir, dans cette succession d'enfants vérolés, la mère paraissant saine, qu'une localisation syphilitique dans les ovaires; et si, ce qui était très-possible, les trois maris de cette femme avaient eu des maladies vénériennes antérieures ou actuelles, on n'aurait pas manqué de trouver là de beaux exemples d'hérédité paternelle.

Si, maintenant, de l'exposé que je viens de faire, il me fallait déduire une conclusion, je dirais : L'hérédité de la syphilis est incontestable, mais elle n'est due qu'à l'influence maternelle, le père y restant tout à fait étranger. Elle peut avoir lieu à tous les âges de la vie fœtale et à toutes les périodes de l'infection de la mère, pendant l'existence du chancre infectant, pendant le cours des accidents secondaires ou tertiaires, dans l'intervalle de ces manifestations constitutionnelles, et alors même que la mère présente la plus belle apparence de santé.

J'appelle de tous mes vœux des observations recueillies au point de vue que j'indique, car si des recherches nouvelles entreprises par d'autres que par moi il résultait que je suis dans le vrai, ce serait une théorie consolante et bien faite pour atténuer ce qu'il y a de désespérant dans celle que professe M. Ricord, et d'après laquelle tout individu ayant eu une seule manifestation

de syphilis constitutionnelle n'est jamais certain d'en être débarrassé et reste constamment sous le coup de cette menace que les enfants qu'il procréera pourront être syphilitiques. Or, comme le nombre des femmes syphilitiques est infiniment moins grand que celui des hommes, surtout dans le monde, où ce n'est réellement que la grande exception, il doit s'ensuivre, même en admettant, pour les femmes, l'exactitude de l'opinion de M. Ricord, que cette présomption d'hérédité n'aura lieu que dans des proportions très-restreintes; et l'expérience journalière de tous les praticiens se charge de me donner raison, car elle a constaté, depuis longtemps, la rareté des naissances syphilitiques comparée au nombre prodigieux d'individus ayant eu la vérole avant de devenir pères.

Si ma théorie était reconnue exacte, elle amènerait peut-être aussi un résultat qui ne laisserait pas que d'avoir sa valeur : ce serait d'arrêter la tendance générale qui se produit depuis quelques années, et qui consiste à regarder comme des signes de syphilis héréditaire certains états pathologiques dont on est embarrassé de déterminer au juste la nature, tels, par exemple, que la fonte purulente du thymus et l'hépatisation du poumon, qui n'ont pas encore pris, dans le domaine de la syphilis infantile, un droit de cité incontestable, mais que des praticiens d'une grande autorité s'efforcent chaque jour davantage d'y faire pénétrer. Et j'en dirais volontiers autant du pemphigus des nouveau-nés, car je ne l'ai jamais observé chez les enfants des femmes dont j'ai pu suivre la syphilis avant ou pendant la grossesse, bien que les accidents vénériens se développassent plus tard chez eux au terme ordinaire, c'est-à-dire vers deux ou trois mois après la naissance; tandis qu'au contraire je l'ai vu souvent sur des enfants de femmes prétendant n'avoir jamais eu de maladies vénériennes et chez lesquelles il était impossible d'en constater la moindre trace.

Si le pemphigus se lie à la vérole héréditaire, et je déclare que, jusqu'à présent, je n'ai pas de parti pris pour ou contre cette croyance, il faut reconnaître du moins qu'il se comporte tout différemment que les autres manifestations du même ordre, puisque c'est toujours à l'instant même de la naissance et sur des enfants chétifs qu'on l'observe, alors que l'on voit les symptômes ordinaires et non douteux de la syphilis héréditaire ne paraître qu'à l'âge de deux ou trois mois, et lorsque les enfants venus au monde très-bien portants et très-bien constitués avaient conservé jusque-là la plus belle apparence de santé.

Il suffit d'avoir été pendant quelque temps à la tête d'un service de femmes en couches et d'enfants nouveau-nés pour rester convaincu de ce qu'il y a d'inexact dans les auteurs qui ont donné comme signes de la syphilis héréditaire des enfants le peu de développement du corps, l'apparence chétive, l'aspect ridé de la peau, qui les fait ressembler à des petits vieillards, ainsi que le dit Doublet, ou qui les fait paraître ratatinés et comme à moitié cuits, *semi cocti*, suivant l'expression de Fallope.

Dans l'immense majorité des cas, l'enfant qui tient de sa mère le principe syphilitique, lorsqu'il a pu vivre pendant toute la vie intra-utérine, naît bien constitué et bien portant, et pendant deux ou trois mois, il se développe normalement ; mais, vers cette époque, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, il se manifeste chez lui des symptômes généraux, précurseurs de l'infection vénérienne qui va se produire. L'enfant tette avec moins d'avidité, il dort mal, les fonctions du ventre s'altèrent, la peau du visage se décolore, prend une teinte bistrée, et bientôt les signes non équivoques de la vérole se font voir. Le plus souvent ce sont des tubercules muqueux vers l'anus d'abord, les organes génitaux ensuite, puis les replis de la peau, et généralement toutes les parties du corps qui sont souillées par l'urine et les matières fécales.

En même temps que ces tubercules se caractérisent, il peut se former sur la peau du ventre et de la poitrine des macules qui ne sont autre chose que de la roséole, mais une roséole en général très-fugace, qu'on n'arrive pas toujours à temps pour constater, et qui d'ailleurs peut souvent être prise pour un érythème simple, si fréquent chez les enfants malingres ou tenus malproprement.

Comme conséquence de l'hérédité, les autres formes de syphilides sont plus rares. Ainsi la forme papuleuse est tout à fait exceptionnelle; la forme pustuleuse l'est un peu moins, et même une variété de celle-ci, c'est-à-dire l'impétigo se voit fréquemment sur la figure et sur la tête des enfants qui ont ailleurs des plaques muqueuses ou de la roséole. On peut dire que c'est plutôt dans les récidives de la syphilis héréditaire que les formes dont je viens de parler, lichen et ecthyma, se produisent, que lors de la première manifestation de la maladie.

La lésion des tissus osseux, fibreux et cellulaire, se voit très-rarement comme premier accident d'hérédité ; cependant on en cite, et j'en ai moi-même observé des exemples, et notre collègue M. Laborie m'en a communiqué récemment une observation bien

remarquable. Mais lorsque la syphilis a commencé par la peau et les muqueuses, ainsi que c'est le cas le plus ordinaire, elle peut atteindre ensuite ces tissus si elle n'est pas entravée dans sa marche par un traitement rationnel.

Il est un symptôme auquel on a attribué une grande valeur, et sur lequel MM. Trousseau et Lasègue ont beaucoup insisté, comme marquant le début de l'explosion syphilitique des enfants; je veux parler du coryza chronique. Comme ce sont presque toujours les os du nez qui sont pris d'abord dans les affections vénériennes osseuses du premier âge, le coryza se présente alors comme signe symptomatologique de la lésion, mais dans les cas où les os sont sains et qu'il n'y a que la peau et les muqueuses qui soient affectées, le coryza ne m'a pas paru à beaucoup près aussi fréquent, et je l'ai vu même quelquefois chez les nourrissons comme prodrome de maladies chroniques tout à fait étrangères à la syphilis.

Telle est, très-sommairement, la marche de l'explosion syphilitique chez les enfants nouveau-nés quand ils sont infectés héréditairement. Ce serait m'éloigner de mon sujet que d'en faire un tableau complet; j'ai voulu seulement rappeler ce que tout le monde sait d'ailleurs très-bien, c'est d'abord qu'il est extrêmement rare de voir des enfants naître avec des symptômes de syphilis; c'est ensuite que ceux chez lesquels il s'en développera plus tard peuvent présenter jusqu'à cette époque tous les attributs d'une belle santé et d'une bonne constitution, surtout si les mères, pendant leur grossesse, ne sont pas dans un état de cachexie trop avancée, *si elles ne sont pas trop fatiguées par les émotions morales ou les privations physiques*, ainsi que par les traitements mercuriels ou iodiques qu'elles ont dû subir.

L'auteur d'un traité très-recommandable *des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, le docteur Léon Bassereau, a avancé que les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire présentent toujours des accidents du même ordre que ceux dont leurs parents étaient affectés au moment où ils les ont engendrés, et par conséquent exempts de tous les symptômes par lesquels leurs parents ne peuvent passer de nouveau. Ainsi, un homme, à la suite d'un chancre, est atteint successivement d'érythème, de papules humides ou de pustules superficielles, et présente enfin, après cinq ou six ans de maladie, une syphilide tuberculeuse. Ce sujet ne repassera plus, s'il a des récidives, par des accidents aussi superficiels que l'érythème ou les papules humides. Eh bien! l'en-

fant qu'il aura engendré pendant la période de la syphilide tuberculeuse, cet enfant, s'il hérite de la syphilis, est exempt, non-seulement des symptômes primitifs, mais encore de tous les symptômes secondaires par lesquels a passé son père : il aura d'emblée à sa naissance des accidents tertiaires.

MM. Maisonneuve et Montanier émettent à peu près la même idée dans leur ouvrage sur les maladies vénériennes, et ils ont donné le nom de *scrofuloïdes* aux maladies des os, des articulations, des muqueuses, et quelquefois des organes profonds dont ces enfants sont affectés, et qui ne commencent à se manifester que vers l'âge de cinq, dix, quinze ans et plus. Suivant ces deux auteurs, les symptômes que présentent alors les enfants ressemblent beaucoup, sans doute, à la scrofule proprement dite, mais on peut cependant les en distinguer, non pas par tel ou tel caractère isolé, mais par l'ensemble des caractères qu'offre leur mal, et surtout par l'influence de l'iode et de ses préparations sur ces accidents véritablement syphilitiques ; tandis, en effet, que l'iode n'a qu'une action problématique sur la véritable scrofule, il guérit les scrofuloïdes avec une rapidité qui tient du prodige.

Quelque considération que mérite l'opinion de praticiens aussi distingués que ceux que je viens de nommer, M. Bassereau d'un côté, et MM. Maisonneuve et Montanier de l'autre, il m'est impossible de la partager parce que j'ai été témoin de faits qui sont en contradiction avec elle. J'ai vu des femmes dans la période d'accidents secondaires les plus tardifs et les plus graves ainsi que dans la période tertiaire mettre au monde des enfants qui présentaient, à l'époque ordinaire, de la roséole et des plaques muqueuses, qui sont considérées comme des phénomènes secondaires précoces. De même aussi que j'ai vu comme première manifestation de la syphilis héréditaire des maladies des os et du tissu cellulaire chez les enfants dont les mères n'avaient eu pendant, ou peu de temps avant leur grossesse, que des chancres et des symptômes secondaires les plus précoces et les plus superficiels.

Tout le monde sait que, dans la doctrine de M. Ricord, les accidents tertiaires ne sont plus aptes à transmettre la vérole héréditaire, mais qu'ils peuvent être la cause de la scrofule. On vient de voir que du côté de la mère je n'admets pas cette opinion, puisque j'ai observé la syphilis héréditaire, même à l'état secondaire, sur les enfants de femmes présentant des symptômes tertiaires.

Mais, s'il s'agit des hommes, je suis de l'avis de M. Ricord, parce qu'à cette période de la syphilis, les malades, étant souvent dans un état de cachexie plus ou moins avancée, se trouvent dans la catégorie des individus dont la constitution affaiblie par une cause quelconque, l'âge, les excès, les privations, les émotions tristes de l'âme, etc., n'engendrent plus que des enfants chétifs, lymphatiques ou scrofuleux. C'est, enfin, une détérioration diathésique amenée par l'état syphilitique comme par toute autre cause débilitante, mais qui est incapable d'en reproduire les traits spéciaux et la nature intime.

J'ajoute que les scrofuloïdes de MM. Maisonneuve et Montanier ne sont probablement pas autre chose que cette disposition organique scrofuleuse développée sous l'influence de la santé misérable du père au moment de la procréation; mais disposition moins profonde que celle de la véritable scrofule héréditaire ou acquise, et dont notre collègue M. Maisonneuve a triomphé facilement au moyen de l'iodure de potassium, comme tous nous avons pu le faire avec le même médicament, ou seulement à l'aide de l'huile de foie de morue ou de l'huile iodée combinées avec un bon régime et des conditions hygiéniques favorables.

J'ai dit, il y a un instant, qu'il est extrêmement rare de voir des enfants naître avec des symptômes de syphilis. J'ai dit aussi que ceux chez lesquels il s'en développera plus tard, peuvent présenter, jusqu'à cette époque, tous les attributs d'une belle santé. Si ces deux propositions sont généralement adoptées par bon nombre de syphilographes, il en est une troisième sur laquelle ils sont loin d'être d'accord, je veux parler de l'époque d'apparition de la syphilis héréditaire. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet disent : Les symptômes de la syphilis héréditaire, très-rares au moment de la naissance, se font voir au bout de plusieurs jours. Quelques-uns indiquent plusieurs semaines, d'autres plusieurs mois. Enfin, il en est qui pensent qu'un individu, issu de parents syphilitiques, pourra, de leur fait, le devenir lui-même à quelque époque que ce soit de son existence.

Ces questions ne sont pas toujours faciles à juger, et elles restent très-obscures, lorsqu'on n'a à s'en rapporter qu'aux personnes, mères ou nourrices, qui prennent soin des enfants. Mais, quand on peut suivre ceux-ci dès l'instant de leur naissance, on constate que c'est vers l'âge de six semaines, de deux ou trois mois, que les premiers accidents se font voir. Quelquefois, mais

rarement, ce n'est qu'à cinq ou six mois et, presque jamais, lorsque l'enfant va atteindre sa première année.

Aussi, s'il me fallait formuler une règle générale sur l'époque d'apparition de la syphilis héréditaire, je n'hésiterais pas à dire *que c'est pendant les douze premiers mois de la vie qu'elle se manifeste*, et que lorsqu'un enfant, sur lequel on a des craintes, a atteint un an sans manifestation aucune, on peut le considérer comme devant rester indemne de la maladie qu'il aurait pu tenir de l'hérédité.

Il y a loin de cette précision au vague dans lequel restent la plupart des auteurs, et à l'incertitude qui fait peser sur toute la vie d'un enfant les fautes ou le malheur de ses parents? C'est à l'observation ultérieure à dire si c'est une prétention exagérée.

Qu'à une certaine époque l'hérédité de la syphilis ait joué un rôle pendant toute la durée de la vie, cela se conçoit, car il y avait à la vulgarisation de cette croyance plusieurs motifs. Ce fut, d'abord, le résultat de l'opinion de beaucoup d'auteurs du XVIe siècle qui croyaient qu'on n'obtient jamais la guérison radicale de la syphilis qui toujours reparaît avec une forme quelconque, soit sur ceux qui l'ont eue, soit sur leurs enfants.

Ce fut, ensuite, de la part des mêmes auteurs, leur respect pour certaines castes, ou peut-être seulement, la crainte qu'elles leur inspiraient, qui leur avait fait accuser l'hérédité dans des cas où il eût été dangereux d'expliquer l'existence de la vérole d'une autre façon. Ainsi, Jacques de Bethencourt, qui écrivait en 1527, dit-il que lorsqu'il s'agit de gens d'Église, des moines ou des religieuses, il faut avoir la charité de croire (*pie credendum est*) que c'est par hérédité qu'ils ont été infectés; et Alménar donne le même conseil quelques années plus tard, dans son ouvrage, *Morbi gallici curandi ratio*, Lugduni, 1536.

Ainsi, dans le même temps, les intérêts religieux tiraient parti de la théorie de l'hérédité de la syphilis, de même que les intérêts politiques savaient se servir, à leur profit, de la théorie de la contagion par l'air ambiant, comme le témoigne l'histoire si connue du roi Henri VIII et de son ministre le cardinal Wolsey.

Que les auteurs des XVIIe et XVIIIe siècles aient reproduit les mêmes idées, cela se conçoit encore; c'était une opinion toute faite et une doctrine commode pour expliquer bien des cas embarrassants; elle devait être adoptée sans plus d'examen. Mais, que de nos jours on dise que la syphilis héréditaire peut se ma-

nifester à toutes les époques de la vie; que M. Ricord cite, en pleine discussion académique, le cas d'un malade de son hôpital qui a vu, dix-sept ans après sa naissance, éclore chez lui une syphilis dont ses parents l'avaient gratifié à sa venue au monde; qu'à propos de ce fait, il ajoute avoir vu des véroles héréditaires apparaître seulement après quarante ans, il y a en vérité, dans cette assurance des auteurs modernes, quelque chose qui semblerait devoir couper court à toute discussion, si l'on ne savait avec quelle facilité les paroles des malades sont acceptées aux dépens des études cliniques.

J'avoue qu'en méditant sur cette assertion si positive de notre collègue avec lequel j'ai le bonheur de me trouver souvent en communion de pensées scientifiques, j'aurais été quelquefois tenté de supposer que ma manière de voir est fausse, et que je ne suis pas dans la bonne voie de l'observation, si la précision habituelle de M. Ricord ne me donnait à espérer qu'il reviendra de ses opinions actuelles sur la syphilis héréditaire. Je ne puis pas croire, en effet, que le praticien habile, dans les mains et sous les yeux duquel passent tant d'éléments syphilitiques, puisse admettre que, parce qu'il ne trouve rien dans les antécédents de son malade de dix-sept aussi bien que de quarante ans, c'est qu'il tient de ses parents la vérole constitutionnelle dont il est actuellement atteint. Je ne puis admettre que l'écrivain distingué, qui a proclamé que toute syphilis a son temps d'incubation et ses périodes régulières de manifestations successives, une évolution enfin, accepte définitivement aujourd'hui cette menace d'hérédité qui pèserait sur toute la vie; cette hérédité sans règle générale, sans époques d'apparition prévues, sans symptômes fixes; semblable, enfin, au protée syphilitique d'autrefois, que les doctrines habituellement si nettes et si précises de M. Ricord n'ont pas peu contribué à faire disparaître de l'histoire de la vérole.

J'ai la confiance qu'il viendra un jour où la théorie de cette possibilité d'hérédité syphilitique se manifestant à tous les âges de la vie, cessera d'être un argument scientifique sérieux, et où elle ne sera plus invoquée par le médecin, que dans le but très-plausible de conserver la paix dans les ménages et dans les familles, comme elle était invoquée par les auteurs de la renaissance dans le but de sauvegarder la considération des congrégations religieuses, et, alors, il sera encore permis de la combattre avec les armes de la plaisanterie, comme l'a fait Voltaire dans son roman,

Les oreilles du comte de Chesterfield; dans cet ouvrage il met en scène un certain docteur Sidrac, chirurgien anglais, auquel il prête les paroles suivantes : « Il y a longtemps que j'exerce la chirurgie, » et j'avoue que je dois à la vérole la plus grande partie de ma » fortune, mais je ne la déteste pas moins. Madame Sidrac me la » communiqua dès la première nuit de ses noces; et comme » c'est une femme excessivement délicate sur ce qui peut entamer » son honneur, elle publia dans tous les papiers publics de Lon- » dres qu'elle était à la vérité attaquée du mal immonde; mais » qu'elle l'avait apporté du ventre de madame sa mère, et que » c'était une ancienne habitude de famille. »

Cette critique est assurément bien sanglante, mais je la crois aussi motivée aujourd'hui que du temps de Voltaire, et s'il était vrai que, malgré mes efforts, la science eût dit son dernier mot sur la question, bien des femmes pourraient s'en réjouir, car, suivant toute probabilité, la race des dames Sidrac n'est pas encore éteinte.

Il y a une quinzaine d'années que je lisais à la Société de chirurgie un mémoire dans lequel j'exposais les idées que je viens de reproduire sur l'hérédité de la syphilis. Je trouvais à cette époque la plus grande partie de mes collègues incrédules à mon opinion. Depuis, quelques-uns de ceux-là m'ont dit avoir été à même de constater que toutes les fois qu'ils avaient rencontré un enfant syphilitique, ils avaient toujours retrouvé les traces de la maladie chez la mère.

De mon côté, je n'ai pas été sans rencontrer des faits nouveaux qui sont venus corroborer ceux que j'avais déjà observés. Ainsi j'ai eu à donner des soins à sept enfants affectés de syphilis héréditaire, et dans six cas j'ai constaté la vérole de la mère. Dans les autres, le père et la mère niaient toute maladie antérieure, de sorte qu'on n'était pas plus autorisé à accuser l'un que l'autre.

J'ai vu huit hommes en syphilis constitutionnelle secondaire rendre leur femme enceinte et les enfants rester indemnes. J'ai observé trois syphilis tertiaires chez des malades âgés qui avaient eu les premiers symptômes avant leur mariage, qui n'avaient rien vu reparaître depuis, et qui tous trois étaient pères d'une nombreuse famille dont les enfants n'ont jamais été entachés.

D'un autre côté, j'ai traité de deux exostoses se rapportant à une syphilis contractée au début de son mariage, une dame âgée de soixante ans, qui avait fait trois fausses couches, avait eu deux

enfants morts et n'avait pu en amener un à bien, malgré plusieurs traitements mercuriels.

La question a été étudiée par d'autres que par moi, et deux mémoires confirmatifs de mon opinion ont été publiées, l'un par le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, en mars 1860, dans les *Archives générales de médecine;* l'autre par le docteur Charrier (de Paris), dans le même recueil pour l'année 1862.

M. Notta a donné onze observations qui en réalité s'élèvent à dix-huit, puisque dans deux cas l'observation se prolonge pendant deux naissances et dans un cas pendant six. Ces dix-huit cas se répartissent ainsi :

Nombre de cas.	Pères ayant au moment de la conception :	Mères.	Enfants.
12 fois.	Manifestation ou diathèse syphilitiques.	Saines.	Sains.
2 fois.	Ni manifestation ni diathèse, mais ayant eu la syphilis antérieurement.	Saines.	Sains.
1 fois.	Ni manifestation ni diathèse, mais syphilis antérieure.	Syphilis antérieure.	Syphilitiques.
3 fois.	Syphilis.	Syphilitiques.	Syphilitiques.

Si l'on jette un coup d'œil sur ce tableau, on voit que toutes les fois que la mère a été saine, qu'elle n'a jamais eu aucun accident syphilitique ni avant ni pendant sa grossesse, l'enfant est exempt de syphilis, quel que soit d'ailleurs l'état de santé du père, qu'il ait au moment de la conception des accidents syphilitiques ou qu'il en ait eu antérieurement. Si, au contraire, la mère a eu la vérole, alors même que toutes ses manifestations ont disparu, il y a de grandes chances pour que l'enfant ne vienne pas à terme ou ait une syphilis congénitale.

M. Notta termine son mémoire par ces réflexions : « Les partisans de l'hérédité de la syphilis par le père ne manqueront pas de suspecter, dans mes observations, la moralité de la mère, et de concevoir des doutes sur la véritable paternité de l'enfant. J'avais, en recueillant ces faits, cette objection toujours présente à l'esprit, et c'est avec le plus grand soin que j'ai cherché à établir ma conviction sur ce point. Eh bien, il n'y a pas pour moi l'ombre d'un doute : les pères, dans tous les cas sont bien les auteurs de leurs enfants. Il s'agit, en effet, de jeunes filles récemment mariées, d'une conduite irréprochable, appartenant pour la plupart

à une classe de la société où il y a en général une grande moralité chez les femmes. On sait d'ailleurs combien, en province, dans les petites villes, il nous est facile de suivre nos clients et de nous renseigner sur leur moralité, sur leurs habitudes; tandis que dans les grands centres de population, le médecin est bien souvent obligé de s'en rapporter sans contrôle au dire du malade. J'ai donc lieu de croire à l'exactitude des observations consignées dans mon travail. »

M. Charrier a fait connaître six observations. Dans la première, un homme se marie en pleine vérole constitutionnelle; il rend sa femme enceinte trois fois; la mère n'a rien, les enfants sont indemnes; l'aîné a six ans, le deuxième quatre ans, le troisième six mois, et tous n'ont jamais présenté le moindre symptôme de vérole.

Dans la deuxième, le mari et la femme sont syphilitiques, les enfants le sont aussi. Le père, syphilitique, a eu un enfant d'une autre femme qui n'a pas été infectée, et l'enfant n'a rien.

Dans la troisième et la quatrième, la mère était saine, les enfants n'ont rien, quoique le père offre tous les caractères d'une syphilis constitutionnelle.

Dans la cinquième, un homme sain se marie à une femme syphilitique, la femme avorte d'un enfant portant des signes non équivoques de la maladie de la mère. Cet homme, pendant son veuvage, contracte la syphilis; il se remarie, sa seconde femme reste saine et donne le jour à un enfant qui n'est pas infecté.

Dans la sixième observation, un homme est atteint d'une vérole qui, malgré tous les traitements, suit son cours : chancre induré, roséole, ecthyma, exostoses, et cependant sa femme lui donne trois enfants qui ne présentent rien qui puisse se rattacher à l'affection constitutionnelle du père; la mère a toujours joui de la meilleure santé.

Lors de ma première publication sur l'hérédité de la syphilis, je n'avais à rapporter qu'un nombre de faits très-restreint, aussi je faisais des vœux pour que d'autres observateurs s'engageassent dans la voie dans laquelle je m'étais placé. On voit que mon appel a été entendu et que je suis aujourd'hui beaucoup moins isolé dans mon opinion.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la syphilis constitutionnelle doivent être étudiées dans tous les tissus, dans tous les organes. On arrive ainsi à constater que presque tous sont susceptibles d'offrir des altérations de plusieurs ordres, et que le

siége superficiel ou profond de la partie malade, n'a qu'une influence limitée sur la nature anatomique du procès morbide, et sur la période d'évolution à laquelle il appartient.

Ces altérations sont irritatives ou au contraire trahissent l'affaiblissement des forces qui régissent les actes vitaux. C'est sur ce fait que Virchow a basé sa division en lésions actives et passives.

Les lésions actives comprennent presque toutes la syphilis, et toutes se rattachent à la même évolution pathologique, à l'inflammation.

Je n'ai pas l'intention de décrire minutieusement chacune d'elles, mais seulement d'en faire l'histoire générale de manière à les rattacher à l'anatomie pathologique ordinaire.

On y reconnait trois degrés, reliés par une série non interrompue. C'est d'abord l'inflammation à marche rapide fluxionnaire. La perturbation semble porter principalement sur les fonctions vasculaires. L'histoire anatomique de cette période repose presque uniquement sur l'étude des symptômes cliniques. Toutefois on y retrouve déjà les phénomènes d'irritation formatrice. A cette période appartiennent les éruptions exanthématiques de la peau et des muqueuses (roséole, papules, plaques muqueuses confluentes), les congestions viscérales qui se traduisent par l'ictère, l'albuminurie; certaines inflammations séreuses, comme l'iritis superficielle. Ici les phénomènes sont ceux de l'inflammation la plus légère; il n'y a guère que la congestion active; l'hypertrophie et l'hyperplasie y apparaissent en second lieu (plaques muqueuses, éruptions papuleuses, pustuleuses, vésiculeuses); l'ulcération et la suppuration sont exceptionnelles, et dues surtout à des circonstances de siége, comme pour les pustules cutanées, et les plaques muqueuses soumises au frottement.

A un second degré se rattachent des altérations plus profondes, à marche plus lente; constituées au début par une irritation inflammatoire, bientôt suivie de la production d'éléments conjonctifs nouveaux, de la résorption partielle et de la rétraction de ceux-ci, amenant des scléroses et des apparences cicatricielles.

A la peau et aux muqueuses nous trouvons des éruptions polymorphes, pustuleuses, mais surtout tuberculeuses, circonscrites en groupes plus ou moins réguliers. Dans les organes profonds, le même procès morbide est l'origine de ces inflammations avec intumescence d'abord. La trace reste sous forme d'une dépression cicatricielle ou d'une sclérose, selon les cas; l'ulcération ne se

voit guère que sur les surfaces tégumentaires. Dans les organes complexes, le tissu essentiel, de nature conjonctive, semble jouer le plus grand rôle dans l'évolution morbide locale.

Les deux caractères de ce deuxième degré sont les limites diffuses, mais peu étendues en général, du foyer inflammatoire, la suppuration ; mais rien d'ailleurs ne s'écarte des lois générales de l'inflammation chronique.

Dans le troisième degré on trouve une forme nouvelle, mieux caractérisée. C'est la production d'un noyau, d'une masse nettement circonscrite, de nouvelle formation. Celle-ci a été considérée par beaucoup d'auteurs comme un exsudat infiltré ou réuni en foyer, et organisé plus ou moins complétement. Virchow la rattache à la prolifération du tissu conjonctif, qui en est le siége exclusif. Elle se présente sous deux types distincts, avec des formes intermédiaires.

Dans un cas, c'est un liquide visqueux, filant, qui a fait donner à ce produit le nom de *gomme*, à cause de sa ressemblance avec une solution un peu concentrée de gomme arabique. Ailleurs, au contraire, on trouve un noyau sec, gris ou jaunâtre, caséeux, plus ou moins arrondi.

La première forme se trouve surtout dans le tissu cellulaire libre, sous la peau, et aussi dans les muscles de la vie de relation. La seconde, au contraire, siége de préférence dans les organes splanchniques. Le périoste offre une forme intermédiaire, de consistance gélatineuse.

Mais dans tous ces cas la nature anatomique est la même, on y trouve exclusivement les éléments du tissu conjonctif en évolution, sous forme de cellules de diverses formes, de noyaux libres, et procédant toujours du tissu conjonctif normal. C'est à cette production gommeuse que Wagner donne le nom de *syphilome.*

L'évolution est différente selon la forme initiale, et généralement selon l'organe qui en est le siége. Dans la gomme molle du tissu cellulaire libre, les éléments cellulaires conservent la forme arrondie, et sont soumis à une prolifération exagérée ; l'organisation ne se fait pas, la substance intercellulaire se liquéfie. Il se produit par là un ramollissement destructeur et tout analogue à la suppuration. Le foyer ramolli s'ouvre à l'extérieur comme un abcès vulgaire, et des parties notables de tissus anciens ou nouveaux, enveloppées par la destruction, sont éliminées par un travail comparable à celui de la nécrose.

La forme sèche, caséeuse, au contraire, représente un stade

plus avancé de l'autre type. Les éléments conjonctifs subissent d'abord une prolifération morbide; la portion excentrique s'organise en partie; des cellules fusiformes se produisent, forment des couches multiples, tandis que le centre devient le siége d'un travail régressif, par infiltration albumino-graisseuse et destruction lente des éléments. Mais il est au moins exceptionnel que la gomme caséeuse arrive au ramollissement destructeur. On le voit, cette forme se rapproche de bien près des tumeurs dites fibro-plastiques, et surtout du noyau tuberculeux dont elle ne diffère que par l'absence de granulations élémentaires, caractéristiques de ce dernier. Telle est la marche ordinaire de la gomme dans le poumon, le foie, le testicule, le cerveau, le cœur.

La gomme du périoste et de la moelle des os présente des types intermédiaires. Aussi voit-on la terminaison varier: tantôt le tissu nouveau s'organise en partie, se résorbe; tantôt, au contraire, elle subit le ramollissement, entraînant à sa suite l'inflammation et la névrose de l'os.

Le foyer central détermine dans son voisinage des phénomènes inflammatoires variables selon les cas, aigus dans la première forme, peu étendus dans la dernière. C'est à eux que se rapporte l'ostéite atrophique, décrite par Virchow, sous le nom de *carie sèche;* elle est le premier degré des altérations inflammatoires qui se développent secondairement dans les os, et qui dans d'autres circonstances se traduisent pas l'ostéite condensante, la névrose, la carie.

Les tubercules ulcéreux de la peau peuvent être rattachés à la gomme. Ils sont formés comme elle par une production du tissu conjonctif embryonnaire, aboutissant au ramollissement par prolifération exagérée. Mais il n'y a pas de noyau nettement circonscrit. C'est donc une forme de transition, plus voisine de la dernière que de la précédente.

Malheureusement on ne connaît pas complétement les relations de chacun de ces degrés. Il est bien certain que les lésions sont généralement d'autant plus profondes et limitées que la maladie est plus ancienne, pour chaque organe en particulier. On sait encore que la deuxième forme précède souvent la troisième, dont les tubercules se trouvent alors au milieu du tissu sclérosé. Mais dans ce cas même la priorité de l'une ou de l'autre n'est pas toujours démontrée par les faits.

Une autre question bien importante est de trouver la corrélation chronologique entre les diverses altérations des organes

différents. On sait qu'il y a des lésions précoces et tardives des organes profonds. Mais il n'y a encore aucune précision dans nos connaissances à ce sujet, qui rentre mieux dans l'évolution générale que dans l'anatomie pathologique de la vérole.

Dans cette énumération je n'ai pas même indiqué l'accident primitif, le chancre induré; son histoire anatomique est pourtant assez bien connue. La base indurée est exclusivement constituée par des éléments fibro-plastiques : cellules fusiformes ou arrondies, noyaux libres.

Ce point de sa structure le rapproche donc de la gomme, et ce rapport a été mis en avant avec intention, mais sous tous les autres il en diffère. Si dans la période de résorption on voit quelques corpuscules devenir granuleux, il n'en est pas moins vrai que la terminaison constante est la résolution (très-rarement l'organisation fibreuse complète), mais jamais la suppuration ni la transformation caséeuse; c'est un foyer circonscrit d'irritation simple. La clinique donne des motifs puissants d'admettre son origine dans la lymphangite spécifique. Mais il est bien difficile de vérifier ce fait, et de rechercher la part que prennent les vaisseaux à cette production exubérante. De plus, le caractère constamment ulcéreux du chancre a quelque chose de spécial. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il offre quelques particularités distinctes des accidents constitutionnels proprement dits, puisque seul il reconnaît la double origine d'une irritation spécifique locale, et de l'influence générale diathésique.

Les lésions ganglionnaires actives présentent aussi quelque chose de particulier. Il est infiniment probable, pour ne pas dire démontré, que toute adénite syphilitique est simplement secondaire à une lésion développée dans l'atmosphère lymphatique du ganglion malade. Aussi voyons-nous les altérations intéresser au début, exclusivement les éléments glandulaires, et non le stroma celluleux, comme dans toutes les autres lésions décrites jusqu'ici, auxquelles elles ne sont pas comparables. Les mêmes réflexions s'appliquent aux vaisseaux lymphatiques.

Nous voyons donc la diathèse syphilitique se traduire exclusivement par le procès inflammatoire auquel elle donne des caractères d'évolution particuliers. Mais l'analyse anatomique ne nous révèle aucun phénomène élémentaire exclusif, qui permette de remonter directement de la nature de la lésion à la spécificité de la cause. Chacune des parties de cette évolution complexe trouve des analogues très-voisins dans la pathologie vulgaire de l'in-

flammation. La gomme, et surtout sa forme caséeuse, est très-proche alliée du tubercule comme il doit être compris maintenant. Aussi y a-t-il des doutes sur la nature spécifique de certaines lésions dont la filiation n'a pu être nettement établie, et cela surtout se trouve dans la syphilis des nouveau-nés, pour les abcès du thymus, des poumons, le pemphigus, ainsi que je l'ai déjà dit.

Les lésions dites passives par Virchow, sont semblables à celles qui peuvent se produire dans des circonstances physiologiquement identiques, dans toute cachexie en dehors de la syphilis : ce sont le marasme syphilitique et certaines altérations viscérales.

Je crois que c'est à tort que l'on confond, sous le nom de marasme, les troubles adynamiques avec hypoglobulie du début de la vérole, avec l'affaiblissement cachectique qui accompagne certaines véroles anciennes et invétérées. Il y a bien dans les deux cas appauvrissement du sang, mais tout le reste est différent. Les premiers sont un résultat direct de l'impression morbifique; ils se joignent à des phénomènes actifs : fièvre, douleurs rhumatoïdes et névralgiques, et celles-ci même sont peut-être symptomatiques de lésions matérielles, congestives et inflammatoires. Ils sont transitoires, jouent souvent le rôle d'accidents prodromiques des lésions, et sont justiciables d'un traitement altérant. Les autres, au contraire, sont consécutifs à des lésions rebelles, ils persistent autant que celles-ci, quelquefois même au delà. Ils s'accompagnent des preuves d'une débilitation radicale, l'épiderme se dessèche et se racornit, les poils tombent par atrophie simple, tandis que dans le premier cas l'alopécie est symptomatique d'une lésion cutanée, et guérit comme celle-ci.

Le marasme syphilitique proprement dit s'accompagne souvent d'altérations profondes des viscères, dont les éléments sont infiltrés d'une substance étrangère. On les a décrites sous le nom d'altérations *lardacée*, *cireuse*, *amyloïde*. Les tissus sont hypertrophiés, indurés, leur aspect est pâle, jaune ou blanchâtre, translucide comme la cire. L'infiltration est disséminée dans les parois des capillaires, dans les éléments anatomiques, ou réunie en foyers diffus, ou généralisée. On la trouve surtout dans le foie, la rate, les reins, dans les ganglions, et aussi dans la muqueuse intestinale. Le meilleur caractère est, jusqu'à présent, la coloration rouge foncé par l'iode, passant au brun, au violet, rarement au bleu, par l'addition d'acide sulfurique.

Il y a encore bien des obscurités dans leur histoire. Rapportées d'abord à l'action directe du virus, elles ont été retrouvées chez les scrofuleux et les tuberculeux; c'est là seulement qu'il m'a été donné de les rencontrer. Elles appartiennent donc à la cachexie syphilitique et non à l'action spécifique du virus.

Le sang éprouve dans la syphilis des lésions de plusieurs ordres. Virchow en admet quatre :

1° L'intoxication virulente, admise théoriquement, car on n'a jamais saisi la forme matérielle du poison morbide, celui-ci existe aussi dans toute lésion spécifique qui agirait, d'après cet auteur, alternativement comme moyen d'épuration du sang, par fixation du principe pathologique, et comme source de réinfection, en le laissant aller de nouveau; 2° l'hypoglobulie, dont nous avons parlé; 3° la leucocytose; 4° l'hydrémie.

Ces deux dernières seraient toujours symptomatiques d'une lésion passive, la première de la rate et des ganglions, la dernière des organes abdominaux.

Traitement. — Le traitement de la syphilis a varié comme les théories qu'on s'est faites sur la maladie elle-même. Quand on lit les auteurs qui ont écrit lors de l'épidémie de 1494, on voit, à l'indécision et au vague des moyens employés, combien ils étaient effrayés des symptômes qu'ils avaient à combattre, soit qu'ils les considérassent comme une maladie nouvelle, soit qu'ils y vissent l'exaspération de maux déjà connus.

A mesure qu'on s'éloigne du xv[e] siècle, on voit le mercure primer dans le traitement de la syphilis, et, à partir de Paracelse qui, mieux qu'aucun autre formule les règles de son emploi, c'est toujours à lui qu'on en revient, soit qu'on lui ait momentanément préféré les sudorifiques, soit qu'on ait cru devoir le combiner avec eux.

Mis en suspicion pendant le règne éphémère de la médecine physiologique, le mercure a bientôt repris faveur. De nos jours, c'est lui qui domine encore la médication antisyphilitique, et s'il est des cas nombreux dans lesquels le peu de gravité des symptômes ne le rend pas indispensable; si, dans des circonstances plus graves, sa spécificité est mise en défaut, il n'en demeure pas moins le médicament le plus précieux, non pas pour prévenir les suites de l'empoisonnement constitutionnel, car toujours alors il est impuissant, mais pour en guérir les manifestations existant actuellement et souvent pour triompher à tout jamais du principe morbide. (C'est là un point sur lequel j'aurai à m'expliquer à

l'article du chancre.) D'où il suit, qu'inutile contre le premie accident de la vérole, que souvent sans grande valeur contre certains symptômes superficiels et éphémères de la première périod secondaire, c'est dans les manifestations tenaces et plus profonde de cette période qu'il devient indispensable.

Longtemps considéré comme le seul antidote sérieux de la vérole, le mercure, il y a quelque trente ans, vit sa vogue presqu éclipsée par l'iode introduit dans la thérapeutique antisyphili tique, sous forme d'iodure de potassium. Aujourd'hui, l'un e l'autre de ces médicaments font, qu'à peu d'exceptions près, o se rend maître de la maladie, soit qu'on les administre isolément le mercure contre les accidents secondaires, l'iodure de potassiu contre les accidents tertiaires, ou bien l'un et l'autre réunis e constituant alors ce qu'avec juste raison on a nommé le traite ment mixte, dans certaines affections secondaires tardives et pro fondes, dans les affections franchement tertiaires, principalemen chez les malades dont la diathèse syphilitique n'a jamais été com battue par le mercure, ou ne l'a été que d'une manière irrégu lière.

L'iodure de potassium est un antisyphilitique que l'on peu dire héroïque, mais à la condition d'en bien déterminer l'emplo C'est une fausse prétention que celle de croire qu'il peut rempla cer le mercure ; c'est une mauvaise pratique d'y avoir recours dan les cas où celui-ci est indiqué. Inutile contre l'induration chan creuse, d'une valeur très-contestable pendant tout le cours de l période secondaire, c'est seulement dans les affections osseuse fibreuses et cellulaires qu'il révèle toute sa puissance, et c'est pou ces cas qu'il doit être réservé. Comme le mercure, l'iode fait di paraître certains symptômes de la syphilis. Mais, pas plus que l mercure, il ne constitue un traitement préventif de ces mêm symptômes.

PRÉCIS ICONOGRAPHIQUE

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA BLENNORRHAGIE.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME.

Définition, synonymie. — La *blennorrhagie* est une affection caractérisée par un écoulement *muco-purulent* de l'urèthre, accompagné de signes d'inflammation aiguë.

Le nom de *blennorrhagie*, qui est fort vague, puisqu'il ne signifie qu'un écoulement de mucus, sans indiquer le siége de l'affection, a été donné par Swediaur; avant lui on désignait l'affection par le nom de *gonorrhée*, bien plus impropre, puisqu'il veut dire *écoulement de semence*. Depuis, elle a reçu bien d'autres noms ayant pour but de rappeler son siége et sa nature : *uréthrite*, *uréthrite vénérienne*, *syphilitique*, *virulente*. Le vulgaire la désigne encore indifféremment sous les noms d'*écoulement* et de *chaudepisse*, soit à cause de son symptôme principal, soit en raison du sentiment de cuisson que les malades éprouvent en urinant.

Pour ne pas apporter de confusion dans le langage, on devrait désigner sous le nom d'*uréthrite* les écoulements dus à la surexcitation physiologique provoquée par des excès de coït, ou à un traumatisme local causé par le contact des instruments, des corps étrangers, et réserver le nom de *blennorrhagie*, d'*uréthrite*

blennorrhagique aux écoulements qu'on suppose produits par la contagion. Les anciens auteurs consacraient le mot *écoulement* pour désigner les flux de mucus nés sous l'influence d'une cause interne. Mais ces derniers accidents sont mis en doute par un grand nombre de pathologistes qui peut-être n'ont pas eu l'occasion de les observer : on doit néanmoins les admettre, car chaque jour l'observation en démontre l'existence.

Quelques syphilographes réservent le nom de *blennorrhagie virulente* pour les cas de chancre uréthral avec symptômes blennorrhoïdes, et pour ceux où il y a en même temps ulcération spécifique et inflammation catarrhale. Quand nous traiterons du diagnostic, nous donnerons les moyens de distinguer ces variétés si différentes de la blennorrhagie simple.

Historique. — Si l'on est encore aujourd'hui peu d'accord sur l'époque de la première apparition de la syphilis en Europe, il n'en est pas de même pour la blennorrhagie, qui, disons-le tout de suite, a été bien observée et bien décrite dans les temps les plus reculés.

La Bible, au livre du *Lévitique*, renferme plusieurs passages où il en est fait mention.

Dans la description de cette maladie que Moïse appelle *fluxus seminis*, il est facile de retrouver tous les caractères de la blennorrhagie. La dénomination qu'il donne à cet écoulement montre qu'il ignorait la véritable source du mal; mais ayant observé qu'il était de nature puriforme, il dut croire, comme l'ont fait, d'ailleurs, un grand nombre d'auteurs anciens, que c'était de la semence corrompue qui coulait ainsi de la verge.

On pourra se convaincre, en lisant le texte suivant, que Moïse appréciait bien la nature de la maladie, quand il dit qu'elle était contagieuse et se gagnait par le coït, et qu'il donne des lois sévères pour empêcher cette communication.

« 2. Vir qui patitur fluxum seminis immundus erit.

» 3. Et tunc judicabitur huic vitio subjacere, cum per singula » momenta adhæserit carni ejus, atque concreverit fœdus humor.

» 4. Omne stratum in quo dormierit immundum erit, et ubi» cumque sederit.

» 5. Si quis hominum tetigerit lectum ejus, lavabit vestimenta » sua : et ipse lotus aqua, mundus erit.....

» 9. Sagma, super quo sederit, immundum erit.

» 10. Et quidquid sub eo fuerit qui fluxum seminis patitur, pol» lutum erit usque ad vesperum. Qui portaverit horum aliquid, » lavabit vestimenta sua, et ipse lotus aqua, immundus erit usque » ad vesperum.

» 11. Omnis, quem tetigerit qui talis est, non lotis ante mani-
» bus, lavabit vestimenta sua; et lotus aqua, immundus erit.
» 12. Vas fictile quod tetigerit, confringetur : vas autem ligneum
» lavabitur aqua.
» 13. Si sanatus fuerit qui hujuscemodi sustinet passionem,
» numerabit septem dies post emundationem sui, et lotis vestibus
» et toto corpore in aquis viventibus, erit mundus. »

Moïse recommandait au malade de tenir propre, non-seulement la partie affectée, mais encore de laver ses mains et même les objets dont il se servait, et aux femmes qui cohabitaient avec un tel homme, de tenir les parties génitales dans la propreté.

L'obligation qu'il imposait au malade après, que l'écoulement avait disparu, de se laver tout le corps dans l'eau froide pendant sept jours, prouve que cette maladie n'était pas une simple spermatorrhée, comme quelques auteurs l'ont prétendu, mais bien le résultat d'un état inflammatoire dont la récidive par un coït trop prompt était à craindre.

Enfin le législateur recommandait également les ablutions aux femmes qui avaient leurs règles et à celles récemment accouchées; ces femmes, pour lui, étaient impures, et tout commerce avec elles était dangereux.

Toutes ces précautions ne sont-elles pas suffisantes pour prouver que le *fluxus seminis* dont parle Moïse n'était autre chose que ce que nous appelons aujourd'hui *blennorrhagie*. Le texte ne permet aucun doute, soit qu'il s'agisse de l'état dans lequel la femme peut rendre l'homme malade, soit qu'il s'agisse de la maladie de l'homme pouvant se transmettre à la femme saine.

La plupart des auteurs grecs et latins parlent du flux des organes génitaux.

Hérodote indique une maladie très commune chez les Scythes, qu'il nomme *morbus feminis*, qui attaquait les testicules et rendait les hommes inhabiles à l'acte de la génération. La description semble se rattacher à la blennorrhagie.

Hippocrate, dans son livre *De natura muliebri*, et dans ses *Épidémies* (liv. VII), parle des écoulements des organes génitaux, il cite un grand nombre de causes de la gonorrhée, l'herpès, la lèpre, et même l'ardeur trop grande entre personnes parfaitement saines.

Celse (liv IV, chap. 21) parle des écoulements de l'urèthre, et les décrit avec le phimosis.

Galien (liv. III), sous les noms de *dysurie* et d'*ischurie*, donne une description complète de la gonorrhée.

Paul d'Égine (*De re medica*, lib. III, cap. 59) traite de la

gonorrhée virulente et donne le moyen de reconnaître la présenc d'un chancre dans l'urèthre : « Si vero in cole intra pudend » foramen in conspicuum ulcus fiat, cognoscitur ex eo quod pu » aut sanguis evacuatur citra mictionem. » Il donne aussi de remèdes contre les inflammations de l'urèthre et du testicule.

Avicenne attribue la gonorrhée au passage trop fréquent d sperme.

Jean Harden, au XIVe siècle, donne, sous le nom d'*arsure*, un description exacte de la blennorrhagie ; il distingue celle qui occup le gland et le prépuce de celle de l'urèthre, et il conseille, comm traitement, des injections et des bains de lait.

Dans tous ces auteurs, on reconnaît bien la description de l blennorrhagie, mais à partir du XVe siècle la confusion commence l'apparition d'une maladie qui passe pour nouvelle en Europe absorbe l'attention des observateurs par l'intensité de ses ravages la blennorrhagie est oubliée ou plutôt négligée. Les auteurs con temporains de l'épidémie la connaissent et la décrivent, mais il n'y attachent pas l'importance d'une maladie nouvelle. Alexandr Benedetti, de Vérone, en 1496; Jacques Romer, en 1498; Jac ques Béthencourt, Paracelse, Fernel et bien d'autres, parlent d la gonorrhée comme d'une maladie qui n'a pour eux rien d'extra ordinaire. Mais un demi-siècle se passe, puis arrive l'époqu qu'Astruc désigne sous le nom de *période gonorrhéique*, on o l'enchaîne à la syphilis sous le nom de *gonorrhée virulente*, e c'est à partir de Fallope que cette désignation est acceptée.

Dès lors les opinions se partagent : tandis que Fallope, Hof mann, Cullen, Astruc, Borgaroni, Hunter, etc., en font un sym ptôme de la vérole, Balfour, Duncan, Tode, B. Bell, en font un maladie distincte. La discussion s'engage, les ouvrages se multi plient. Chaque auteur émet une interprétation différente ; quelques uns, moins exclusifs, admettent deux espèces de chaudepisses l'une simple, qui remonte à la plus haute antiquité ; l'autre, syph litique, qui date du XVe siècle. C'est déjà un pas vers la distinctio complète des deux affections.

C'est avec ces alternatives d'interprétation que l'histoire de l blennorrhagie arrive jusqu'au XIXe siècle, où, malgré tout ce qu'o a écrit, les opinions ne sont guère plus unanimes. Mais nou reviendrons sur ce point quand nous étudierons la nature de l maladie.

Siége. — L'inflammation blennorrhagique peut occuper des su faces étendues et des organes variés ; cependant, au début, il e des points qui sont toujours primitivement atteints : c'est d'abor la fosse naviculaire. C'est là qu'elle prend naissance avant d

gagner toute la longueur du canal. Quand l'inflammation a occupé l'urèthre pendant un certain temps, elle peut le quitter, ou, sans le quitter, se propager aux parties voisines. Quelquefois elle reste limitée à la couche superficielle du derme et aux follicules muqueux. Dans d'autres cas, elle s'étend au tissu cellulaire sous-muqueux et au tissu spongieux de l'urèthre. Souvent elle se propage à l'extérieur de l'urèthre, au prépuce et au gland, et donne lieu à la balano-posthite ; elle peut s'étendre aussi aux glandes qui entourent le pénis, aux glandes de Cowper, de Littre, à la prostate, aux vésicules séminales; plus souvent encore elle arrive jusqu'à l'épididyme et au testicule par les canaux déférents. Enfin, dans certains cas, l'inflammation envahit jusqu'au col de la vessie et peut même atteindre cet organe, le dépasser, remonter dans les uretères, et arriver jusqu'aux reins; de là des cystites, des néphrites blennorrhagiques. Enfin, le produit de sécrétion peut être transporté de l'urèthre sur d'autres muqueuses, et donner lieu à des inflammations semblables, que nous décrirons dans un chapitre spécial.

Causes. — Si l'on pouvait différencier symptomatiquement les écoulements produits par l'uréthrite simple de ceux qui, résultat de la contagion, appartiennent à l'uréthrite blennorrhagique, l'étude des causes en serait singulièrement élucidée. Mais cela n'est pas possible, et cette confusion pèse sur les considérations étiologiques : il faut étudier simultanément les deux affections.

Causes prédisposantes. — *Age.* — Pour la blennorrhagie proprement dite, il n'est pas d'immunité d'âge, et l'enfant, comme le vieillard, peut en être affecté, puisqu'il suffit du contact du pus blennorrhagique avec une muqueuse pour que la contagion ait lieu.

Dire que la jeunesse est l'époque de la vie où la blennorrhagie se montre de préférence, serait une proposition par trop naïve, si l'on n'avait pas, pour expliquer cette préférence, d'abord le coït, plus fréquent à cet âge, et ensuite un orgasme vénérien plus énergique. A l'appui de cette dernière proposition, on a cité des faits bien extraordinaires, et voici ce que nous empruntons aux notes du docteur Amédée Latour dans les *Lettres sur la syphilis* de M. Ricord.

« Un homme de trente ans, médecin, vivait dans la continence » depuis plus de six semaines, et ses derniers rapports sexuels » n'étaient pas suspects. Une circonstance fortuite lui permit de » passer une journée presque tout entière en tête à tête avec une » jeune personne qu'il aimait. Depuis dix heures du matin jusqu'à » dix heures du soir, il fit de vains efforts pour vaincre la résis-

» tance de cette femme dont la vertu ne succomba pas. Mais pen-
» dant toutes ces heures ce confrère resta dans un état d'excita-
» tion sans intermittence. Trois jours après, il fut pris d'une blen-
» norrhagie des plus violentes, des plus douloureuses, et qui dura
» quarante jours. »

Quelque tendance que nous ayons à considérer la blennorrhagie comme une inflammation simple, il nous est impossible d'admettre qu'un état d'érection même très énergique et de plusieurs heures puisse déterminer une blennorrhagie violente et d'une durée de quarante jours. Il y a évidemment, dans cette observation, une circonstance qui a échappé au médecin qui en est le sujet et à celui qui la rapporte. Qu'un homme se livrant au coït après une longue érection et de vifs désirs, soit plus apte à contracter la chaudepisse, cela se voit tous les jours; mais que celle-ci se produise par le fait seul de l'érection, sans contact infectieux ou sans violences exercées sur la verge, c'est ce que nous nous refusons à croire.

Une remarque faite par tous les auteurs, et dont les praticiens ont de fréquentes occasions de constater l'exactitude, c'est la facilité avec laquelle certains individus contractent des écoulements, tandis que d'autres semblent jouir d'une certaine immunité à cet égard. La raison de cette différence si tranchée, on la cherche dans la constitution et dans la conformation anatomique des organes génitaux. Pour ce qui est de la constitution, on conçoit que les sujets d'un tempérament lymphatique, lequel dispose aux affections catarrhales, doivent contracter plus facilement des écoulements blennorrhagiques que ceux qui jouissent d'une constitution sèche.

Mais c'est surtout la disposition anatomique qui doit particulièrement prémunir contre les atteintes de la contagion. Ainsi la longueur du prépuce, qui a l'avantage de tenir le gland à l'abri de toute influence traumatique et de le soustraire à l'action des frottements, laisse par là même à la muqueuse de cette partie toute la délicatesse de son organisation, et la prédispose ainsi à subir plus énergiquement l'impression inflammatoire pendant le coït, en même temps qu'elle maintient le pus en contact avec le méat urinaire, tandis que l'habitude d'avoir le gland découvert rend la contagion moins facile.

J'ai dit tout à l'heure que l'état d'orgasme, plus considérable pour la jeunesse, pouvait être une cause prédisposante ; à cette cause on peut ajouter celles qui sont capables de provoquer des écoulements spontanés : la simple stimulation des parties, les excès de certaines boissons, telles que la bière, le thé. Les dispo-

sitions rhumatismales ou arthritiques, et même certaines constitutions médicales à manifestations catarrhales, toutes les conditions, en un mot, qui peuvent donner lieu à des écoulements spontanés, doivent être regardées comme les circonstances propres à permettre à la muqueuse d'être plus facilement impressionnée par un coït impur.

La cause principale de cette maladie, c'est la contagion ; mais celle-ci peut se produire de plusieurs manières. Presque toujours la blennorrhagie résulte d'un coït impur. On conçoit cependant qu'un enfant, au moment de la naissance, puisse être contaminé pendant son passage à travers un vagin siége de la maladie, puisqu'il suffit que le pus soit mis en contact avec l'ouverture du canal de l'urèthre. Ces faits doivent être très rares cependant, à cause du phimosis congénital, et aussi à cause de la rareté des présentations du siége, qui sont de beaucoup les plus favorables à ce mode de contagion chez le nouveau-né.

A l'hôpital de Lourcine, où chaque année un bon nombre de femmes affectées de symptômes variés des parties génitales, et principalement de vaginites, viennent faire leurs couches, nous n'avons jamais vu la contagion se produire au passage, et des accoucheurs du premier mérite, MM. Dubois, Danyau, Depaul, interrogés par nous à cet égard, nous ont dit n'avoir jamais non plus rien observé de semblable.

La contagion peut quelquefois être médiate, comme le pense Swediaur, quand il dit : « Je ne doute pas qu'en allant aux com- » modités après un homme affecté de cette maladie, on ne s'ex- » pose à la gagner par le simple attouchement ou frottement du » bout de la verge contre les parois, sur un endroit où il y aurait » du muco-pus blennorrhagique. »

Nous voyons souvent des malades pris d'ophthalmie blennorrhagique pour avoir porté à l'œil une main souillée par le produit d'un écoulement uréthral. Pourquoi n'en serait-il pas de même si un homme, après un attouchement impur, portait la main à la verge? Nous pensons seulement que ces cas doivent être fort exceptionnels.

De toutes les applications du principe blennorrhagique, celle qui a lieu pendant le coït est la plus propre à engendrer la maladie, et la contagion sera d'autant plus facile que le coït sera plus prolongé. La division inférieure du méat, l'hypospadias qui met en contact une plus grande surface de la muqueuse uréthrale avec le pus virulent, puis l'absence de toutes précautions après un coït suspect, comme de se laver, d'uriner, doivent favoriser encore la contagion.

J'ai réuni, sous la dénomination de blennorrhagie, tous les écou-lements uréthraux; pour être complet, je dois rappeler les diverse causes qui peuvent les produire : les lésions traumatiques de l verge, l'introduction de corps étrangers dans le canal, le cathé-térisme, le séjour des bougies ; la masturbation souvent répété et faite d'une manière énergique ; les injections irritantes, comm le témoigne l'expérience si connue que Swediaur fit sur lui-même certaines substances médicamenteuses, comme les cantharides, qu agissent, non-seulement lorsqu'on les administre par les voies di-gestives, mais encore lorsqu'on les fait pénétrer dans l'économi par la méthode endermique : seulement cette blennorrhagie diffèr de la blennorrhagie ordinaire en ce qu'elle commence par les par-ties profondes du canal, et qu'elle se propage du col de la vessi à la fosse naviculaire.

Tous les praticiens, surtout ceux qui sont placés à la tête de hôpitaux spéciaux, ont constaté qu'à la suite d'un coït avec un femme affectée d'un catarrhe utérin, d'un écoulement provenan d'ulcérations simples du col, ou d'ulcérations cancéreuses de ce organe ou même de flueurs blanches, surtout celles qui survien-nent à l'époque des règles, on peut contracter des écoulement blennorrhagiques.

L'influence du sang menstruel sur le développement de cett maladie nous paraît beaucoup moins démontrée ; c'est quelque jours avant et quelques jours après l'écoulement des règles qu certaines femmes sont dangereuses.

Diverses diathèses à manifestations cutanées ont aussi un influence incontestable comme cause de la blennorrhagie. Hippo-crate avait déjà parlé des écoulements de l'urèthre chez les lé-preux. Swediaur en a constaté chez les sujets atteints de maladie de la peau, et en fait une description spéciale sous le nom de *blen-norrhagie herpétique*. Lallemand en a fourni des exemples plu évidents encore, dans lesquels les manifestations cutanées étaien localisées aux organes génitaux.

Voici un fait très-intéressant que j'ai déjà cité dans mes leçon sur la blennorrhagie, qui vient à l'appui de cette opinion Un jeune homme dont les rapports ne pouvaient pas être suspec-tés, puisque la femme, examinée à plusieurs reprises avec la plu scrupuleuse attention, a toujours été trouvée parfaitement saine était atteint d'une éruption furonculeuse. Après un traitement d quelques jours, les furoncles furent guéris, mais il lui survin spontanément un écoulement uréthral, qui suivit la marche ordi-naire de la blennorrhagie aiguë. Cet écoulement durait depuis dix-sept jours, malgré les bains et les boissons rafraîchissantes prise

en grande abondance, lorsqu'une nouvelle éruption de furoncles eut lieu, et la blennorrhagie fut supprimée brusquement. Le malade eut de nouveaux rapports avec la même femme deux ou trois jours après, et l'écoulement ne reparut pas.

Ce fait, ajouté à un grand nombre d'autres cités dans les auteurs, nous semble suffisant pour admettre l'influence de certaines diathèses sur le développement de la blennorrhagie. Nous en dirons autant de la dentition et de la présence des vers dans l'intestin chez les enfants. Cette dernière cause agit de deux façons, et par le trouble qu'elle apporte dans toute l'économie, et par les démangeaisons que les oxyures déterminent; ce qui pousse les petits malades à se gratter, et souvent de la sorte à la masturbation.

Ce n'est que pour ne rien omettre que nous parlerons du fait cité par M. Tazentre (*Arch. de méd.*, 2e sér., t. II), de transmission de la blennorrhagie par voie indirecte. Cet auteur dit avoir vu la maladie survenir après l'ingestion dans l'estomac, continuée pendant huit à dix jours, de la matière blennorrhagique mêlée à du lait.

Est-il possible d'admettre que cette matière ait pu passer des voies digestives dans la circulation, sans subir cette neutralisation éprouvée par des virus bien autrement puissants, et que l'excrétion par les urines ait été capable de contaminer la muqueuse uréthrale !

Enfin, il est une dernière cause qui nous reste à examiner : c'est l'irritation produite sur la muqueuse de l'urèthre par le pus d'un chancre. La croyance à la possibilité de cette cause est fort ancienne, puisqu'elle date des premiers temps de l'apparition de la vérole en Europe, ou pour mieux dire, de l'épidémie du xve siècle. Mais elle a acquis un certain degré d'importance, lors des expériences d'Harrison, de Bell et de Swediaur. Il est bien certain que le pus du chancre peut agir, soit comme irritant, et produire seulement l'inflammation de l'urèthre, ou par le principe spécifique qu'il contient, et amener l'ulcération; il peut même produire les deux effets simultanément, donner lieu à une blennorrhagie et à un chancre uréthral.

Telles sont les causes auxquelles on a attribué la blennorrhagie. On remarque que parmi elles il y en a un grand nombre qui rentrent dans l'étiologie des inflammations en général. Cherchons maintenant, s'il est possible de reconnaître à cette maladie une cause spécifique; étudions sa nature.

Nature de la blennorrhagie. — Cette question, une des plus difficiles et des plus controversées de l'histoire de la blennorrhagie,

a toujours été et sera longtemps encore un sujet de discussion
Tous les praticiens s'accordent bien à reconnaître qu'il exist des blennorrhagies simples, produites par le cathétérisme, le corps étrangers introduits dans l'urèthre, les injections irritantes, etc. Mais quand il s'agit d'une blennorrhagie de contagion c'est-à-dire contractée avec une femme affectée elle-même d'u écoulement blennorrhagique, les avis se partagent et l'unanimit cesse.

Deux doctrines règnent encore aujourd'hui au sujet de la natur de la blennorrhagie.

1° Celle des *identistes*, c'est-à-dire de ceux qui admettent que l chancre et la blennorrhagie procèdent d'un même virus, susceptible de produire les mêmes accidents constitutionnels.

2° Celle des *non-identistes*, ou de ceux qui séparent les deu maladies, et pour lesquels le chancre seul infecte l'économie ; l blennorrhagie étant toujours une affection locale sans retentissement ultérieur.

Ces deux doctrines sont basées sur des faits sérieux et défendues par des hommes d'une grande autorité. Aussi les différent arguments qui ont été invoqués méritent-ils d'être pris en considération.

Identistes. — Parmi les premiers auteurs qui ont considéré l blennorrhagie comme une forme de la syphilis, on peut cite Fallope, Astruc, Cirillo, Girtaner; mais pour eux c'était plutô une conviction qu'un fait démontré. C'est Hunter qui doit êtr considéré comme le véritable chef des identistes ; car c'est lu qui, le premier, a apporté des preuves à l'appui de sa doctrine

Hunter avait observé des accidents syphilitiques chez des malades qui n'accusaient pour tout antécédent qu'une blennorrhagie et il avait été tout naturellement conduit à admettre la spécificit de celle-ci. Mais, pour un esprit aussi judicieux, pour un observateur aussi sévère que Hunter, ces quelques faits rares et isolés n pouvaient suffire pour entraîner la conviction. Il eut recours l'expérimentation, et c'est lui-même qu'il choisit pour sujet d'expérience. Il prit du pus sortant de l'urèthre et se l'inocula ; il s fit deux piqûres à la lancette, une sur le prépuce, l'autre sur l gland : ces deux inoculations produisirent des ulcérations ayant dit-il, tous les caractères des chancres et qui furent suivie d'éruptions syphilitiques. Ce résultat positif ne laissa aucun dout au grand syphilographe, et dès lors il fut convaincu de l'identit de nature de la blennorrhagie et du chancre.

La doctrine de l'identité se propagea rapidement, et elle compt encore aujourd'hui de nombreux partisans. Mais tout le monde n

l'admit pas, et les expériences de Hunter, qui sont le plus grand appui des identistes, furent discutées vivement. Un des commentateurs de Hunter, Babington, réfuta ces expériences, et avança qu'il avait pu prendre la vérole ailleurs, qu'il s'était trompé sur la nature des ulcérations, et qu'enfin il avait pu se donner des chancres avec le caustique qui servait à modifier les ulcérations. — Ces arguments ne sont réellement que spécieux, le dernier surtout n'est pas admissible; car nous employons tous les jours, à l'hôpital, le même crayon de nitrate d'argent pour cautériser différents malades, et nous n'avons jamais vu l'inoculation s'en suivre. Le reproche vraiment sérieux que l'on peut faire à l'observation de Hunter, c'est qu'elle manque de détails; il ne dit pas quelle était la nature du pus qu'il a inoculé, où il a été pris, quelle était l'intensité de la blennorrhagie, à quelle période elle était parvenue; enfin il ne savait pas si ce pus était blennorrhagique ou chancreux, par cette raison qu'il n'admettait pas comme possible l'existence du chancre sur une muqueuse.

Cette expérience n'est pas la seule que les identistes aient produite. Ils se sont encore appuyés sur celles beaucoup plus nombreuses de Hernandez, médecin du bagne de Toulon, quoique ce praticien soit arrivé après beaucoup d'observations à des conclusions tout à fait opposées à la doctrine de l'identité.

C'est qu'en effet Hernandez, sur un nombre considérable d'inoculations, en avait observé quelques-unes qui avaient été suivies d'ulcérations et d'éruptions cutanées, et bien que l'auteur lui-même affirmât qu'elles n'avaient aucun caractère spécifique, on comprend que cette assertion soit insuffisante pour convaincre, et que ces expériences puissent être invoquées aussi bien par les identistes que par leurs adversaires.

Hernandez, d'ailleurs, servait bien la cause de l'identité en reconnaissant à la blennorrhagie un principe spécial, capable de déterminer des accidents généraux moins graves peut-être que ceux de la vérole, mais qui, il faut bien le reconnaître, leur ressemblent infiniment.

Plus tard de nouvelles recherches ont été faites dans le but de soutenir la doctrine de Hunter. Mais la plupart des observations ayant été prises sur des femmes à une époque où l'usage du spéculum était encore peu répandu, et où, par conséquent, on pouvait laisser passer inaperçus des chancres du vagin ou du col de l'utérus, sont insuffisantes et manquent de solidité.

M. de Castelnau, dans un mémoire intitulé *Recherches sur l'inoculation appliquée à l'étude de la syphilis*, publié en 1841, s'efforça de démontrer l'identité de la syphilis et de la blennorrha-

gie; mais, malgré notre confiance dans cet habile expérimen-tateur, nous devons dire que les observations qu'il produit en faveur de son opinion ne laissent pas que de donner une grande prise à la critique, car dans une de celles auxquelles il attache le plus d'importance, il est positif que la malade sur laquelle le muco-pus vaginal a été pris était affectée d'une ulcération de la grande lèvre qui, d'après la description même de l'auteur, n'était autre chose qu'un chancre. En outre, cette malade présentait une ulcération du col utérin, qui pouvait bien aussi être de nature chancreuse.

Telles sont les expériences sur lesquelles on s'est appuyé pour prouver l'identité. Examinons maintenant un autre ordre de faits.

Les preuves tirées de la clinique rétrospective ne sont pas plus favorables à la doctrine de Hunter. Quelle importance peut-on attacher aux renseignements fournis par les malades? La plupart ne viennent réclamer les soins du médecin que longtemps après la disparition du symptôme primitif, lorsqu'ils sont sous le coup d'accidents secondaires ou tertiaires; si on les interroge sur la cause de leur mal, beaucoup n'accuseront qu'une blennorrhagie. C'est qu'en effet, le chancre induré est une affection peu doulou-reuse, qui guérit seule, et qui souvent se manifeste par des sym-ptômes locaux si légers, que les malades ne s'en aperçoivent quel-quefois pas ou n'y attachent aucune importance; tandis que la chaudepisse est une maladie qui fait beaucoup souffrir, qui dure longtemps, et qui fixe davantage l'attention de ceux qui en sont atteints. Souvent aussi les malades ont eu à la fois chancre et blennorrhagie; le chancre est guéri et la chaudepisse reste. Si alors des accidents constitutionnels se déclarent, on les rattache à la maladie qui persiste.

Ce n'est pas chose rare que de voir des chancres passer ina-perçus du malade ou même du médecin. Chaque jour nous en voyons des exemples à nos consultations de l'hôpital et dans notre pratique privée, où nous montrons aux malades des ulcérations sous-préputiales qui n'avaient nullement fixé leur attention. On ne saurait donc jamais trop se tenir en garde contre les rensei-gnements fournis par les malades, et dans tous les cas on ne peut rien en conclure pour démontrer l'identité.

Réduits à chercher d'autres preuves, les identistes en ont trouvé de moins probantes encore, comme, par exemple, la propriété con-tagieuse de la blennorrhagie. Mais ce n'est évidemment que par un abus de langage que l'on peut assimiler la contagion à la viru-lence; car il y a bien des inflammations susceptibles de se trans-

mettre, dans lesquelles on n'a jamais reconnu le moindre caractère virulent.

L'incubation a été considérée comme un signe diagnostic de la blennorrhagie virulente. Il est impossible d'en faire un argument en faveur de l'identité; car le plus souvent, comme nous le verrons en décrivant les symptômes, l'incubation n'existe que dans l'imagination du malade, qui fait remonter la cause de son affection à une époque plus ou moins éloignée, et qui ne veut pas avouer ou suspecter un coït plus récent.

Il n'est pas possible non plus d'admettre, ainsi qu'on l'a avancé, que la chronicité de la blennorrhagie soit un signe de syphilis, surtout quand il n'existe pas de symptômes concomitants, cas auquel ce serait, comme quelques auteurs l'admettent, une forme de manifestation de la syphilis secondaire, mais non plus un symptôme primitif semblable au chancre.

On a encore invoqué, en faveur de l'identité, les engorgements ganglionnaires, l'orchite, l'arthrite blennorrhagiques ; mais tous ces accidents de la blennorrhagie sont de nature franchement inflammatoire, et n'ont aucune espèce de ressemblance avec les productions ou les dégénérescences essentiellement plastiques de la syphilis, comme nous le verrons en traitant de chacune de ces complications.

Rappelons enfin que quelques auteurs ont voulu établir une analogie entre les exanthèmes syphilitiques, et ceux que l'on observe quelquefois pendant le cours de la blennorrhagie. Mais d'abord nous ferons remarquer que ces derniers sont toujours produits par l'usage des balsamiques, et la preuve, c'est qu'on ne les voit jamais chez les malades qui s'abstiennent de copahu, de cubèbe ou de térébenthine, et qui traitent leurs écoulements par les injections seules. C'est aussi que ces éruptions qui, nous ne le dissimulons pas, peuvent occuper une grande étendue du tégument, cessent dès que l'on suspend l'usage des préparations balsamiques. Nous ajouterons ensuite qu'aujourd'hui où, grâce à de bons et nombreux travaux, le diagnostic des syphilides est arrivé à tant de précision, ce serait faire preuve d'ignorance que de confondre l'exanthème du copahu, par exemple, avec la roséole de nature spécifique.

Non-identistes. — Les non-identistes auraient pu, dans la plupart des cas, invoquer, en les commentant, les mêmes observations que leurs adversaires; et c'est aussi dans l'expérimentation et dans la clinique qu'ils ont cherché leurs preuves. Et s'ils ont fait plus de pathologie artificielle, il faut reconnaître aussi qu'ils se sont appuyés sur une observation clinique plus rigoureuse.

Tode et B. Bell, contemporains de Hunter, et avant eux Balfour et Duncan, avaient démontré que le pus du chancre, quel que soit le lieu de son implantation, produisait un chancre et que jamais le pus d'une blennorrhagie exempte de complications ne donnait naissance à ces accidents ; mais les expériences de ces auteurs n'avaient pas suffi pour entraîner les convictions. Elles furent reprises en 1832 par M. Ricord, qui les multiplia et les varia à l'infini. Cet habile expérimentateur confirma les données de Bell, et arriva aux conclusions suivantes : Que la chaudepisse simple ne s'inocule jamais ; que toutes les fois qu'on obtient un résultat positif, c'est qu'il existait dans le canal un chancre qui avait échappé à l'observation, et que dans ses expériences il a toujours pu déterminer.

Des résultats aussi concluants semblaient devoir renverser à jamais la doctrine huntérienne et aplanir définitivement la difficulté. Malheureusement cette expérimentation a perdu considérablement de son importance depuis les remarquables travaux de M. Bassereau sur la dualité du virus chancreux.

A l'époque où M. Ricord faisait ses inoculations, il était convaincu que chancre et vérole étaient tout un. M. Bassereau est venu démontrer que cette opinion n'était pas absolue, qu'il existait deux espèces de chancres, de nature différente ; que les accidents secondaires de la syphilis avaient toujours été précédés d'un chancre induré ; que le chancre induré lui-même procédait toujours d'un autre chancre induré ; enfin, que le chancre mou provenait d'un chancre mou, et ne donnait jamais la vérole.

Cette théorie, comme on le voit, devait jeter la confusion dans les expériences de M. Ricord et en modifier beaucoup les conclusions. Il hésita longtemps avant d'admettre ces idées, et moi-même je les ai combattues, car j'ai vu, rarement il est vrai, mais enfin, j'ai vu des chancres mous donner naissance, par la contagion physiologique, à des chancres indurés, et je les ai vus aussi être suivis d'accidents constitutionnels.

Ce fut en 1857 que M. Ricord se prononça, et qu'il admit complétement les idées de M. Bassereau. Il établit, comme un des principaux caractères différents des deux chancres : que le chancre mou s'inoculait facilement et presque à perpétuité, tandis que le chancre induré ne s'inoculait presque jamais, ce qui est l'expression de la vérité.

Que deviennent donc maintenant les expériences sur la virulence de la blennorrhagie ? que doit-on conclure des inoculations ? M. Ricord avait admis que la blennorrhagie virulente (c'est-à-dire le chancre uréthral) se distinguait de la blennorrhagie simple parce

qu'elle s'inoculait facilement, et que toutes les fois que l'inoculation était négative, il n'y avait pas vérole. Aujourd'hui il soutient que le chancre induré, c'est-à-dire celui qui donne fatalement la vérole, ne s'inocule pas ou très rarement; que le chancre mou seul jouit de cette propriété : ce qui mène tout naturellement à conclure que toutes les fois qu'une blennorrhagie aura pu être inoculée, on aura affaire à un chancre mou de l'urèthre, et dès lors pas de vérole constitutionnelle. Si au contraire l'inoculation est négative, elle ne peut rien prouver, car le chancre induré perdant rapidement la propriété de s'inoculer sur le sujet lui-même, il sera impossible de le diagnostiquer par ce moyen.

L'inoculation est donc impuissante à nous éclairer sur le diagnostic des deux espèces de blennorrhagies, ou du moins elle ne nous révèle rien sur la non-identité. Il nous reste une dernière série d'argument plus difficile à combattre, et qui expose à moins de causes d'erreur : c'est l'observation clinique.

C'est en effet dans l'examen des malades que les non-identistes ont trouvé les faits les plus probants en faveur de leur doctrine. La blennorrhagie simple n'infecte pas l'économie; car nous voyons tous les jours des hommes qui en sont affectés, rester plusieurs mois dans nos salles à l'hôpital du Midi, sans présenter aucun accident constitutionnel; ce qui n'a pas lieu quand il y a un chancre uréthral. Reste maintenant à reconnaître celui-ci, c'est ce que nous indiquerons au chapitre du diagnostic.

Nous l'avons dit dans notre introduction, nous le répétons encore, l'évolution de la syphilis a une marche presque fatale qui ne varie guère que par son plus ou moins de rapidité; c'est ce qui fait que nous la voyons souvent se dérouler sous nos yeux, et qu'assistant au début, c'est-à-dire à l'existence du chancre, nous sommes bientôt témoins de l'apparition des symptômes généraux secondaires. Comment se fait-il donc que ces mêmes symptômes ne se produisent jamais dans nos salles, soit pendant la durée de la blennorrhagie, soit après sa disparition sur les malades qui prolongent leur séjour à l'hôpital, qui pour une induration épididymaire, qui pour une arthrite, d'autres pour des maladies intercurrentes tout à fait étrangères à la chaudepisse? Et dans la pratique de la ville, où l'on peut revoir certains malades dix ans, vingt ans après une ou plusieurs blennorrhagies contractées pendant la jeunesse, quel nombre infini n'en rencontre-t-on qui n'ont jamais eu de symptômes d'infection constitutionnelle, tandis qu'il en est peu de ceux qui ont eu des chancres, et des chancres à type infectant traités ou non rationnellement, qui n'en aient ressenti une ou plusieurs fois les tristes conséquences?

Les auteurs qui admettent la possibilité de l'infection syphilitique par la blennorrhagie, Astruc, Hunter, Swediaur, et, de nos jours, M. Lagneau, M. Baumès et quelques autres, sont unanimes à dire que dans ce cas les symptômes généraux sont beaucoup plus superficiels qu'après le chancre. Or, les symptômes généraux superficiels qui tiennent à la syphilis, la roséole et les plaques muqueuses, par exemple, sont précisément ceux dont l'apparition est le plus précoce, et bien souvent ils se font voir alors que le chancre, qui en a été le point de départ, est encore à la période d'ulcération. Comment se fait-il donc que les manifestations cutanées, résultat immédiat de la blennorrhagie, échappent toujours à l'observation directe, et que, pour croire à leur existence, il faille s'en rapporter au dire du malade.

Il y a plus, des médecins consciencieux qui, imbus de la doctrine de l'identité, qu'ils tenaient de leurs maîtres, ont produit au début de leur carrière des travaux remarquables pour appuyer cette doctrine, n'ont pas craint de les désavouer plus tard à mesure qu'ils observaient par eux-mêmes. Parmi eux je pourrais citer le professeur Martins, et j'ai entendu Legendre, lorsqu'il était médecin de l'hôpital de Lourcine, douter des principes qu'il avait soutenus dans son excellente thèse sur les syphilides.

Il est bien remarquable que les auteurs qui invoquent la blennorrhagie comme seul antécédent possible d'une vérole constitutionnelle, ne citent guère que des cas où un certain nombre d'années s'est écoulé entre cette blennorrhagie et le symptôme secondaire. Aussi que de causes d'erreur ou d'oubli de la part du malade.

C'est par ces raisons de l'observation journalière, bien plus que par les expériences de l'inoculation, que je n'hésite pas à admettre, et cela d'une manière absolue, que la blennorrhagie et le chancre sont deux maladies de nature entièrement distincte. Sans doute l'expérimentation n'est pas à dédaigner, mais la clinique restera toujours la meilleure sauvegarde de la vérité.

Nous disons que le chancre et la blennorrhagie sont deux affections distinctes, et que l'inflammation catarrhale ne donne jamais lieu au chancre, soit par la contagion physiologique, soit par l'inoculation artificielle. Examinons maintenant si le pus du chancre est capable de déterminer la blennorrhagie.

En parlant de l'étiologie, j'ai déjà résolu affirmativement cette question, sur laquelle il semble ne devoir pas exister de doute possible. En effet, il y a dans le chancre deux éléments : un produit d'inflammation et un virus spécial. On conçoit facilement que l'un agisse sans l'autre ; que chez tel individu le pus chancreux

n'aura d'action que comme corps étranger, irritant, et produira seulement une inflammation simple, tandis que chez tel autre il donnera naissance à un ulcère, par la qualité virulente qu'il possède. Ceci a été dit par beaucoup d'auteurs et démontré par l'expérimentation. B. Bell rapporte l'observation d'un étudiant en médecine qui s'appliqua du pus chancreux entre le gland et le prépuce, et se donna ainsi une simple balano-posthite. D'autres, après l'introduction et le séjour du pus chancreux dans l'urèthre, n'ont vu paraître que des blennorrhagies simples. Nul doute que des faits de cette espèce n'aient paru beaucoup plus fréquents autrefois qu'aujourd'hui, où nous possédons des moyens d'exploration plus parfaits. En effet, depuis que M. Ricord a vulgarisé l'emploi du spéculum dans l'étude des maladies vénériennes, on a pu constater dans les parties profondes du vagin une blennorrhagie chez des femmes qui présentaient en même temps des ulcérations des parties génitales externes. On s'explique alors comment un individu a pu échapper aux chancres de la vulve, et contracter seulement une chaudepisse. On a constaté également des chancres du col chez des femmes qui avaient également une blennorrhagie, et c'est même par ce moyen que l'on a réduit à néant beaucoup d'observations des identistes. L'examen au spéculum trompe quelquefois, et un chancre dans un repli muqueux peut très bien échapper à l'observateur. Ce devait être bien autre chose encore lorsque, pour reconnaître l'état des parties génitales, on se contentait d'entr'ouvrir les grandes et les petites lèvres, et que l'œil ne plongeait pas plus loin que l'anneau vulvaire.

C'est par là que pèche l'observation de Vigarous, et c'est ce qui devait lui faire refuser la valeur qu'on a voulu lui donner. Cet auteur rapporte que six jeunes gens virent la même femme dans l'espace d'une heure ; deux prirent une blennorrhagie, deux des chancres et des bubons, un autre un chancre, enfin le dernier seulement un bubon. Vigarous en tire cette conclusion que le même symptôme peut déterminer des accidents différents. Malheureusement, à cette époque, on ne se servait pas encore du spéculum, et rien ne prouve que la femme n'avait pas à la fois des chancres et une blennorrhagie ; l'observateur ne dit pas même si elle a été examinée.

Ce serait ici le cas de parler de la contagion médiate que j'ai déjà signalée. Ce mode de contagion est applicable à la blennorrhagie comme au chancre. Mais cette question ayant déjà été traitée longuement dans l'introduction, on trouvera à cet article tous les détails et toutes les expériences qui s'y rattachent.

Avant de terminer ce qui est relatif à la nature de la blennor-

rhagie, il me reste à signaler quelques hypothèses qui ont été faites sur le mode d'action du virus syphilitique suivant l'organisation des tissus sur lesquels il est appliqué. Je dois dire tout de suite que ces hypothèses ont toutes eu pour but d'expliquer la doctrine de l'identité.

Hunter avait posé en fait que le virus syphilitique agissait d'une manière différente sur la peau et sur les muqueuses; que sur celle-ci il déterminait toujours l'ulcération, sur celles-là il donnait lieu à la blennorrhagie. Swediaur, partisan des idées de Hunter, croyait que la sécrétion de la muqueuse uréthrale empêchait le pus de produire des chancres, et que c'était ce mucus qui, en diluant le virus, le rendait moins actif. C'est pourquoi, suivant lui, les accidents constitutionnels sont si rares à la suite de la gonorrhée.

Un auteur qui ne manque pas d'un certain mérite, quoique son autorité soit moins grande que celle de Hunter ou de Swediaur, Hufeland, a prétendu que si la blennorrhagie n'infecte pas plus souvent, c'est que le pus est enveloppé dans une couche de mucus qui lui forme une espèce de coque, d'où il n'a pas toujours la liberté de s'échapper. C'est encore là une interprétation destinée à soutenir la doctrine huntérienne, qui n'est pas plus acceptable que les précédentes, puisque dans cette manière d'envisager les choses, le virus serait emprisonné pour ainsi dire dans une couche de mucus qui l'empêcherait d'être en contact direct avec les surfaces sur lesquelles il pourrait être absorbé, tandis que, suivant la théorie de Swediaur, c'est par sa dilution dans le mucus que le pus perdrait sa faculté infectante ou au moins qu'elle serait sensiblement affaiblie.

Ces hypothèses tombent d'elles-mêmes aujourd'hui que le chancre uréthral a été démontré anatomiquement. On sait en effet que M. Ricord a mis sous les yeux des élèves qui fréquentaient sa clinique des exemples de chancres parfaitement typés du canal de l'urèthre, et le célèbre syphilographe en a fait l'objet d'une très curieuse communication à l'Académie de médecine. A la vérité, la nature chancreuse de ces ulcérations a été contestée; mais comme elles avaient été très carrément diagnostiquées pendant la vie, le doute ne peut plus être permis. D'ailleurs, les mêmes personnes qui ne veulent pas admettre la possibilité de l'existence des chancres profonds de l'urèthre, ne peuvent pas se refuser à reconnaître ceux du méat ou de la fosse naviculaire. Ce n'est alors qu'une discussion de quelques centimètres de plus ou de moins.

Mais il est encore une question à résoudre : Y a-t-il une diffé-

rence entre la blennorrhagie déterminée par une irritation simple, comme le cathétérisme par exemple, et celle qui provient du coït impur?

Quelques auteurs, tout en n'admettant pas l'identité du chancre et de la blennorrhagie, ne refusent pourtant pas à cette dernière un mode inflammatoire particulier et différent des phlegmasies catarrhales simples. C'est principalement sur la contagion qu'on s'appuie pour soutenir cette opinion; c'est aussi sur les complications si fréquentes de la blennorrhagie; c'est également sur l'incubation. Nous nous sommes assez prononcé déjà sur la valeur de ces divers arguments pour y revenir; contentons-nous de répéter que pour nous la blennorrhagie est une inflammation sans principe spécifique d'aucune nature.

Cependant, il y a quelques années, un auteur recommandable, le professeur Thiry (de Bruxelles), qui admet plusieurs espèces de blennorrhagies, la blennorrhagie simple inflammatoire, la blennorrhagie symptomatique d'un chancre uréthral, la blennorrhagie syphilitique appartenant à la syphilis constitutionnelle, a cru trouver un virus blennorrhagique spécial, et ce virus il l'appelle *granuleux*. Cette blennorrhagie aurait pour caractères d'être facilement contagieuse, et de présenter comme élément morbide les granulations du canal de l'urèthre.

Cette théorie, qui n'infirmerait en rien ma manière de voir et qui n'a rien de contraire à mes idées, n'est pas établie sur des faits assez nombreux et assez probants pour être acceptée sans examen.

Les granulations des membranes muqueuses sont le fait d'une inflammation prolongée. J'en cite un bel exemple au chapitre de l'anatomie pathologique. Elles n'arrivent pas d'emblée, et pourtant c'est au début de la blennorrhagie, c'est pendant la période aiguë qu'elle est plus contagieuse.

L'état granuleux de la muqueuse uréthrale ne peut guère être reconnu chez l'homme; mais chez la femme, où les surfaces malades peuvent être vues à toutes les périodes et où la marche de l'inflammation peut être suivie pour ainsi dire pas à pas, la granulation ne se remarque jamais qu'à une époque avancée de l'inflammation.

Chez quelques femmes enceintes qui ont eu constamment de la vaginite subaiguë pendant tout le temps de leur grossesse, on observe parfois, dans les derniers mois, des granulations très développées, très confluentes, de toute la surface vulvo-vaginale avec écoulement muco-purulent abondant, et cependant ces femmes ont eu impunément des rapports sexuels.

Cependant il peut y avoir du vrai dans la théorie de M. Thiry, au moins quant à la facilité de la contagion, en ce sens qu'il n'est pas rare de voir des hommes prendre des blennorrhagies avec des femmes qui n'ont pour toute lésion qu'une ulcération granuleuse très superficielle et très peu étendue du col de l'utérus, avec fort peu de sécrétion et sans inflammation aucune du vagin ; tandis que ces mêmes hommes ont pu fréquenter sans danger des femmes affectées d'écoulements très abondants et qu'on aurait pu croire contagieux, le spéculum n'ayant révélé dans ces cas la présence d'aucune granulation.

De ce qu'on trouve des granulations chez une femme qui aura donné une blennorrhagie, il ne s'ensuit pas qu'il s'en produira nécessairement dans le canal de l'urèthre, et l'on peut expliquer la contagion due à certains états granuleux, en disant qu'on a eu affaire à des inflammations chroniques rendues momentanément aiguës par une cause quelconque. Il devient par conséquent inutile de créer une espèce nouvelle dont la réalité est si difficile à prouver.

Symptômes. — *Incubation.* — Beaucoup de médecins admettent encore pour la blennorrhagie une période d'incubation qui varie de deux à huit jours. Quelques auteurs ont cité des cas exceptionnels dans lesquels cette incubation aurait été de plus d'un mois. Vidal rapporte même un fait dans lequel la blennorrhagie se serait montrée seulement cinq mois après un coït impur, et peu de temps après l'apparition de l'écoulement se seraient montrées des plaques muqueuses à l'anus et au front Les manifestations syphilitiques ne permettent plus de ranger ce fait au nombre des cas de blennorrhagies proprement dites. Les détails dans lesquels nous sommes entré à propos de la nature de la blennorrhagie nous dispensent de les discuter.

M. Ricord n'admet pas l'incubation. Pour lui, l'action exercée par la matière morbide sur l'organe qu'elle a touché commence dès le moment du contact; seulement cette action est d'abord si faible, qu'on en méconnaît l'existence. « Il n'est pas de bronchite, de pneumonie, de phlegmon, etc., dit-il, qui arrivent au terme de la suppuration tout de suite après l'action des causes qui ont présidé au développement de ces maladies. » Pour M. Ricord, il n'y a donc pas plus d'incubation pour la blennorrhagie que pour les maladies ordinaires. Dans le cas où l'écoulement se montre un temps fort long après les rapports sexuels, il recommande de se tenir sur ses gardes, car la maladie peut reconnaître d'autres sources que le coït. Un exemple curieux est celui rapporté par Vidal, d'un malade entré dans son service pour une blennorrha-

gie aiguë, qui assurait n'avoir pas vu de femmes depuis plusieurs mois, et qui, pressé de questions, finit par avouer qu'il s'était fait, quelques jours auparavant, une injection dans l'urèthre avec la seringue d'un de ses amis affecté de blennorrhagie.

Voici, pour les gens qui acceptent facilement l'incubation, un passage de Hunter qu'il est bon de méditer. Il dit : « Je tiens de sources certaines qu'il s'est écoulé dans un cas six semaines entre l'infection et l'apparition des symptômes gonorrhéiques. Avant l'écoulement il se manifesta des phénomènes morbides bizarres et extraordinaires, une sensation inaccoutumée dans la partie affectée, accompagnée de la plupart des symptômes de la gonorrhée, *sauf l'écoulement*. Un an après, le même malade fut atteint d'une nouvelle gonorrhée, et l'écoulement ne se forma qu'au bout d'un mois, pendant une partie duquel il éprouva les mêmes sensations pénibles qui ont été indiquées tout à l'heure. Mais cette fois, instruit par sa propre expérience, il prévit ce qui allait arriver. De ce fait, je suis disposé à conclure que le poison ne reste que rarement ou jamais dans une inaction complète aussi longtemps qu'on pourrait le croire, et que la période inflammatoire peut exister pendant un temps assez long avant la période suppurative. »

Quoi qu'il en soit de la question d'incubation, le médecin praticien ne saurait y voir une source de difficulté. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après un coït impur, l'urèthre reste, pendant un temps plus ou moins long, tel que rien n'y fait soupçonner l'existence de la maladie, qui cependant existe. C'est cette période qu'on appelle incubation, et qui pour M. Ricord, comme pour moi, ne serait que le résultat d'une action encore latente.

C'est une étude curieuse à faire que celle du début des blennorrhagies qui n'ont paru qu'un certain nombre de jours après le coït infectant. Les malades intelligents et qui savent s'observer, nous apprennent, en effet, qu'avant l'apparition de l'écoulement ils ont senti une sorte de gêne, d'embarras dans la verge, et que le passage de l'urine, sans être douloureux, leur faisait pourtant éprouver une sensation nouvelle désagréable. A la vérité, ces phénomènes peuvent bien être déterminés par l'imagination, car ils ont lieu quelquefois à la suite d'un coït suspect, mais qui n'a pas eu de suites fâcheuses. Mais il en est d'autres qui ont plus de valeur et qui sont positifs, ce sont ceux qui se passent du côté des ganglions inguinaux ; or il n'est pas rare de les trouver engorgés et douloureux quelques jours avant l'apparition de la blennorrhagie. C'est exactement ce que l'on observe dans certaines inflammations de la peau, l'érysipèle de la face par exemple, dont on est averti

par l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Dans ces cas l'altération de la peau est assez grande pour réagir sur le systèm ganglionnaire lymphatique, quoiqu'à l'œil elle ne présente encor rien d'appréciable.

Symptômes locaux. — Que l'on fasse remonter le début de l blennorrhagie à l'instant ou le contact infectant a eu lieu, ou qu'o le place au moment où des signes sensibles se manifestent, voic ce que l'on observe. Dans le plus grand nombre des cas, les malades éprouvent d'abord au méat urinaire un léger prurit qui n tarde pas à augmenter d'intensité. Les bords du méat rougissen et sont un peu tuméfiés; le canal au niveau de la fosse naviculair est sensible à la pression; un très léger suintement de mucu filant, qui colle les bords de cette ouverture, apparaît, et la maladie est déclarée.

Dans un certain nombre de cas, l'écoulement est le premier indice de la blennorrhagie. Les malades voient leur linge taché quoiqu'ils n'aient éprouvé aucune sensation particulière, mais le autres symptômes locaux ne tardent pas à se manifester. C'es d'abord une douleur cuisante au méat urinaire, qui augmente pendant l'émission de l'urine et devient brûlante, d'où le nom de chaudepisse. Cette douleur, limitée les premiers jours au méat ou à l fosse naviculaire, s'étend peu à peu d'avant en arrière à la portio spongieuse de l'urèthre, et les symptômes inflammatoires se manifestent. Quelques sujets ressentent de la pesanteur au périnée d'autres des tiraillements vers les aines et la racine de la verge avant l'apparition de tous autres accidents. Dans des cas trè rares, la durée de ces symptômes se prolonge, et ils sont accompagnés d'une douleur du canal qui augmente pendant le passage d l'urine. Tous les signes de la blennorrhagie se montrent avant l moindre trace d'écoulement. C'est à des cas de cette espèce qu'o a donné le nom de blennorrhagie sèche, dénomination qui n'es pas juste, puisque tôt ou tard l'écoulement se manifeste.

Le symptôme dominant de la première période, c'est la douleur elle se traduit par de la cuisson, de la chaleur, un sentiment d tension, de gonflement ou de pesanteur dans les portions du canal qui sont le premier siége de l'inflammation.

La douleur se manifeste dans trois circonstances principales la miction, l'érection, l'éjaculation. Au moment où la vessie s contracte pour expulser l'urine, le malade éprouve un sentimen de constriction en arrière des bourses, du côté du périnée; cett douleur se propage profondément du côté du col de la vessie e quelquefois vers l'anus. Elle a une durée très courte, et est remplacée par une sensation de brûlure très vive, le long de la por-

Pl. 1.

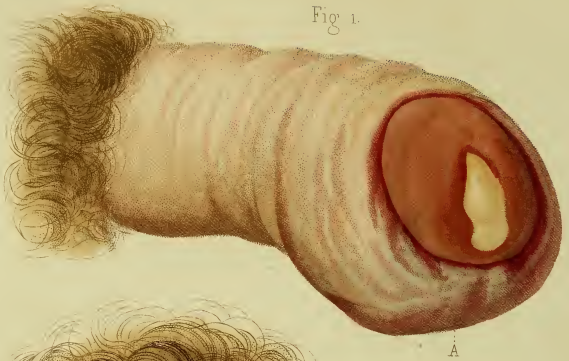


Fig. 2.

A

B

C

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-G

PLANCHE I.

BLENNORRHAGIE ET ÉPIDIDYMITE.

Fig. 1. — *Blennorrhagie uréthrale dans toute son intensité.*

Quinze jours après le début des accidents, le gland est rouge, enflammé ; il sort de l'urèthre une quantité considérable de muco-pus jaune verdâtre, très épais.

Le prépuce est légèrement rosé ; il est le siége d'un œdème assez notable, A. Les téguments du fourreau sont sains ; toutefois on peut, en pinçant le dos de la verge, sentir un petit cordon noueux, indice d'une lymphite légère.

La miction et les érections sont excessivement pénibles.

Fig. 2. — *Épididymite blennorrhagique.*

Épididymite du côté droit. Complication de la blennorrhagie que représente la figure 1. La tumeur est lourde, pyriforme, pendante, plus douloureuse en arrière qu'en avant, où elle est semi-fluctuante. En pressant sur son pédicule, A, on reconnaît que les éléments du cordon sont sains, mais en arrière et en dedans on trouve le canal déférent dur et douloureux au toucher.

Les enveloppes des bourses, B, sont souples et mobiles sur la tumeur. Le côté gauche, C, est tout à fait sain.

L'écoulement uréthral a cessé depuis l'apparition de l'épididymite.

tion spongieuse de l'urèthre et au méat urinaire, laquelle persiste pendant tout le temps que dure l'écoulement de l'urine. Cette dernière douleur offre un degré d'acuité proportionnée à l'intensité de l'inflammation; quelquefois elle est assez vive pour arracher des cris aux malades les plus courageux; elle dure plus ou moins longtemps après l'émission des dernières gouttes d'urine, et cesse peu à peu.

Le premier effet de l'inflammation de l'urèthre est de faire perdre à la muqueuse de ce canal sa souplesse et son élasticité, de sorte qu'elle ne peut plus se prêter aussi facilement aux changements de dimension de la verge pendant l'érection. Aussi, chez les sujets atteints de blennorrhagie aiguë un peu intense, les érections deviennent une cause de douleurs excessives que les malades comparent à celle que produirait la déchirure du canal.

L'éjaculation par elle-même n'est pas très douloureuse; elle l'est plus par l'érection qui la précède que par le contact du sperme sur les parois enflammées. Elle donne lieu à deux espèces de sensations pénibles : l'une qui siége au niveau du bulbe, elle est constrictive; l'autre qui occupe toute la longueur du canal, et que les malades comparent à un prurit exagéré de la muqueuse. Les douleurs déterminées par l'éjaculation ont une durée très courte et sont ordinairement suivies d'une rémission momentanée des symptômes inflammatoires.

L'écoulement, qui était transparent, muqueux, filant au début, devient opaque, blanchâtre épais, puis jaune et verdâtre; la sécrétion est très abondante, et le muco-pus s'écoule sous forme de grosses gouttes qui sortent naturellement ou qu'on peut faire sortir en pressant le canal d'arrière en avant sur sa paroi inférieure. L'odeur du pus blennorrhagique est fade, moins prononcée que celle de la suppuration ordinaire.

L'examen de la matière a fait reconnaître qu'elle n'est autre chose que du muco-pus analogue à celui sécrété par les muqueuses enflammées. Plus l'inflammation est intense, vive, plus l'élément purulent l'emporte sur l'élément muqueux. L'abondance de l'écoulement est aussi en rapport avec la violence de l'inflammation et avec l'étendue de son siége; elle augmente jusqu'à ce que la maladie soit arrivée à son summum.

Examen des parties. — On reconnaît d'abord le léger gonflement avec rougeur des parties dont nous avons parlé. Au bout de peu de jours, les signes d'inflammation augmentent notablement, les bords de l'ouverture sont d'un rouge vif, arrondis, très tuméfiés, renversés en dehors; parfois le gland est rouge, gonflé et douloureux. En promenant le doigt au-dessous de la verge, le long

du canal de l'urèthre, on sent qu'il est résistant, dur et comme noueux ; ce qui tient à l'inflammation des lacunes de Morgagni. Celle-ci peut aller jusqu'à produire de petits abcès qui viennent s'ouvrir dans le canal de l'urèthre. Cette exploration, lorsqu'on la fait en appuyant un peu le doigt, est douloureuse dans tous les points occupés par l'inflammation.

Lorsque la phlogose est peu intense, le canal conserve sa souplesse, la pression n'y est pas douloureuse, et par conséquent, sauf le gonflement des follicules, on ne voit rien de ce qui vient d'être dit. Ce sont là les deux extrêmes, entre lesquels s'observent de nombreuses nuances intermédiaires.

Chaudepisse cordée. — Lorsque les phénomènes inflammatoires sont très intenses, et que la blennorrhagie a acquis son plus haut degré d'acuité, on observe pendant les érections, qui en pareil cas sont beaucoup plus douloureuses encore, un phénomène qui a fait donner un nom particulier à la maladie. La verge, au lieu de présenter une légère courbure en haut et en arrière, en présente une plus ou moins marquée en bas et en avant, et les portions du canal tuméfiées et inextensibles sont tendues comme une corde : de là la dénomination de *chaudepisse cordée.* L'explication de ce phénomène est donnée depuis longtemps ; il n'est que l'exagération des accidents décrits plus haut. L'inflammation dépasse, dans ces cas, la limite des parois et envahit le tissu cellulaire qui les double. Il en résulte une perte de l'extensibilité et une résistance qui non-seulement ne leur permet pas de céder, au mouvement imprimé par l'érection du corps caverneux, mais encore les entraîne en sens inverse, comme le fait une corde que sous-tend un arc. Pour Hunter, ces résultats dépendent des caractères spéciaux de l'inflammation adhésive, et sont dus à un épanchement de lymphe plastique.

Lorsque l'inflammation est arrivée à ce degré d'intensité, l'écoulement uréthral est très abondant, muco-purulent, quelquefois mêlé de stries sanguinolentes ; souvent même, lorsque les malades ont des érections fréquentes, il y a de véritables hémorrhagies.

Il n'est pas rare, à cette période, d'observer la tuméfaction douloureuse des ganglions inguinaux ; plus rarement aussi on rencontre un bubon mono-ganglionnaire, qui suit une marche en rapport avec celle des symptômes uréthraux, c'est-à-dire disparaît lorsque l'inflammation cesse, et peut suppurer si les symptômes inflammatoires ont une durée assez longue. Ce sont là de véritables bubons d'irritation que l'on peut faire avorter par une application de sangsues ou d'un vésicatoire, et qui d'ailleurs ne fournissent jamais un pus inoculable.

Nous avons étudié l'émission de l'urine relativement à l'impression douloureuse que produit le contact du liquide urinaire sur la muqueuse enflammée ; nous devons aussi examiner quelle modification elle reçoit de la tuméfaction des parois uréthrales.

Le jet est moins gros, moins fort et parfois brisé, ce qui résulte de l'épaississement des tissus qui diminue le calibre du canal. Quelquefois le jet est bifurqué ou divisé en plusieurs colonnes ; ce phénomène est dû à l'oblitération incomplète du méat par le muco-pus desséché ; Hunter dit avoir observé l'incontinence d'urine par suite du gonflement de la muqueuse uréthrale ; ces cas doivent être bien rares. Il est plus fréquent d'observer des rétentions d'urine très douloureuses. L'émission de l'urine n'augmente pas de fréquence, à moins que l'inflammation n'ait gagné la vessie, complication que nous étudierons plus loin, ou, ce qui est plus ordinaire, qu'on n'ait fait prendre au malade des boissons abondantes. Elle devient plus rare seulement, lorsque les malades, redoutant la douleur, s'efforcent d'en retarder le moment ; mais ils s'aperçoivent bientôt que plus la miction est rare, plus la douleur est grande, et ils finissent par obéir au besoin d'uriner chaque fois qu'il se fait sentir.

L'émission du sperme produit des phénomènes beaucoup moins marqués ; la petite quantité de liquide excrété et la perte de contractilité du plan musculeux de l'urèthre font que l'émission a lieu en bavant. Il n'y a donc que la douleur signalée déjà, laquelle résulte seulement de l'érection.

Les douleurs provoquées par l'inflammation de toute l'épaisseur des parois sont telles, que certains malades cherchent par tous les moyens possibles à les faire disparaître, et croient par un effort en triompher. Ils ont recours à deux pratiques : tantôt ils placent la verge en érection sur un corps dur, et au moyen d'un coup porté sur l'organe, rompent la corde, c'est-à-dire les parois tuméfiées du canal ; d'autres parviennent au même résultat en soutenant le gland avec la main gauche et en frappant un coup violent avec la main droite sur la partie moyenne de la verge ; d'autres enfin, pas plus intelligents, ont recours au coït, qui amène le même effet. Il en résulte des déchirures du canal, et partant des hémorrhagies quelquefois assez abondantes pour que l'art doive intervenir. Ces hémorrhagies soulagent très souvent les malades et font même cesser momentanément l'écoulement ; mais la déchirure de la muqueuse expose à des rétrécissements très graves.

Symptômes généraux. — Dans la grande majorité des cas, et alors même que l'inflammation acquiert une grande intensité, la blennorrhagie n'en demeure pas moins une affection toute locale.

Il faut qu'elle soit portée à un degré extrême pour que des symptômes généraux se manifestent. Alors un mouvement fébrile a lieu. L'apparition des phénomènes généraux dépend quelquefois de la nature des sujets plus susceptibles. On voit des blennorrhagies assez peu intenses s'accompagner de fièvre caractérisée par de la chaleur, de l'accélération du pouls, de la perte de l'appétit, un malaise général. Cet état dure peu; il disparaît spontanément au bout d'un, deux ou trois jours, alors même que les phénomènes locaux semblent ne rien perdre de leur véhémence.

Telle est la série des symptômes qu'on observe dans la première période de la maladie; leur summum est ordinairement atteint du septième au huitième jour, et il se prolonge jusqu'au quinzième et même au vingtième jour, suivant la violence de l'affection et les soins pris par les malades. Chez quelques sujets, on voit cette période d'acuité persister pendant toute la durée de la maladie, sans que l'intensité de l'inflammation semble en rendre raison. Ce fait est rare.

La deuxième période, ou de déclin, s'annonce tout d'abord par une diminution marquée dans la douleur, puis la matière de l'écoulement repasse par les diverses colorations qu'elle avait suivies. Elle était verte ou verdâtre, elle devient jaune, puis blanche; puis de purulente elle devient muqueuse, prend un aspect visqueux, légèrement transparent, et finit par se supprimer.

Dans cette période, la douleur est légère et n'augmente pas sensiblement pendant l'émission de l'urine et les érections; elle est localisée en un point circonscrit du canal, ordinairement au niveau du bulbe et vers le col vésical; elle est entretenue par un reste d'irritation inflammatoire. Cette douleur est plus commune dans les blennorrhagies qui ont duré longtemps. Elle finit par disparaître peu à peu, avant même que l'écoulement ait complétement cessé.

Les troubles fonctionnels que nous avons signalés dans la première période persistent pendant un certain temps : ainsi, le jet d'urine est moins gros, moins puissant, quelquefois contourné ou bifurqué; l'éjaculation reste lente ou n'a lieu qu'en bavant, sans pour cela qu'il y ait rétrécissement. Ces phénomènes sont dus à la rigidité des parois du canal qui n'a pas encore repris ses propriétés naturelles.

Anatomie pathologique. — Je n'aurai que peu de choses à dire sur les lésions anatomiques que l'on rencontre dans la blennorrhagie. On a rarement l'occasion d'examiner l'urèthre de sujets morts pendant le cours d'une blennorrhagie. Aussi ne doit-on pas s'étonner de ne trouver que peu de renseignements dans les au-

teurs. Astl. Cooper cite cependant le résultat d'une autopsie de supplicié atteint d'écoulement blennorrhagique, mais il se borne à dire qu'il y avait une injection lie de vin de la muqueuse, au niveau de la fosse naviculaire ; que cette injection était marquée dans le reste de la portion spongieuse, et plus manifeste dans la région prostatique, où elle s'étendait jusque dans l'intérieur des conduits éjaculateurs. Nous avons eu l'occasion d'examiner l'urèthre d'un jeune homme de vingt trois ans, atteint de blennorrhagie depuis trente-trois jours, qui est mort de fièvre typhoïde. L'écoulement muco-purulent, très abondant, avait beaucoup diminué lorsque les accidents typhoïdes se sont manifestés, mais persistait encore au moment de la mort. La muqueuse uréthrale, dans toute son étendue, avait une coloration violet foncé, plus marquée dans la portion spongieuse et surtout au niveau de la fosse naviculaire. Cette coloration était due à l'injection des vaisseaux capillaires, très dilatés et très faciles à voir à l'œil nu. La muqueuse était manifestement épaissie et avait un aspect rugueux et dépoli. Dans la région membraneuse, les lacunes de Morgagni étaient dilatées ; dans la région prostatique, il existait à la paroi inférieure une vingtaine de petites granulations réunies en groupe, tout à fait semblables aux granulations de la conjonctive ; autour de ces granulations, on voyait se ramifier des capillaires injectés. Cette lésion, qui n'est signalée nulle part, existait aussi sur un sujet mort au deuxième mois d'une blennorrhagie dont l'écoulement avait tout à fait cessé depuis quinze jours.

L'inflammation est ordinairement limitée à la muqueuse, mais quelquefois aussi elle envahit le tissu cellulaire péri-uréthral, surtout dans la portion spongieuse et au niveau de la fosse naviculaire ; il se forme des phlegmons et des abcès qui n'ont, en général, aucune communication avec l'intérieur du canal, mais, par les progrès de l'inflammation, ils peuvent ulcérer la muqueuse de dehors en dedans et s'ouvrir à l'intérieur : il en résulte une communication qui permet les infiltrations urineuses et peut devenir le point de départ d'une perforation uréthrale.

Enfin, on trouve quelquefois autour du canal de l'urèthre des petites tumeurs pédiculées qui sont formées par l'hypertrophie des follicules muqueux, et qui ont pour cause l'inflammation blennorrhagique.

Marche, durée, terminaison. — La description des symptômes, d'après leur mode d'évolution, a déjà fait connaître les détails les plus importants sur la marche de la maladie. On la divise en trois périodes : 1° période aiguë, qui dure de huit à dix jours; 2° période d'état, qui dure de huit jours à six semaines, et 3° pé-

riode de déclin, dont la durée est extrêmement variable, car elle dépend souvent de l'influence du traitement.

Tous les auteurs ont noté que la marche de cette affection est d'autant plus aiguë qu'elle apparaît pour la première fois. Mais cette proposition n'est pas toujours vraie.

On comprend, après ce que je viens de dire de la durée de chacune des périodes, que celle de la durée totale de la maladie présente elle-même de grandes variations.

Quelquefois, lorsque la maladie est sur le point de se terminer par la guérison, on voit l'écoulement reparaître avec une nouvelle intensité. Le plus souvent, cette recrudescence est le résultat d'une imprudence du malade: se croyant guéri, il s'est livré au coït, a fait un écart de régime, et l'affection a repris son intensité première. Chez d'autres, c'est à l'insuffisance du traitement ou à sa suspension trop prompte qu'il faut attribuer la recrudescence de l'écoulement.

Mais il arrive presque toujours qu'indépendamment de ces circonstances, l'inflammation envahissant de temps en temps une nouvelle portion de muqueuse, jusque-là restée saine, donne lieu à l'apparition de nouveaux phénomènes plus ou moins aigus. Il est rare en effet que l'inflammation occupe d'emblée toute l'étendue du canal. On reconnaît même, quand on observe avec attention, qu'elle ne l'envahit que progressivement : le premier tiers de la portion libre d'abord, le tiers moyen ensuite, et enfin la partie la plus voisine de la vessie. A mesure que l'irritation s'étend et se déplace, les symptômes d'acuité qui avaient diminué reparaissent avec une nouvelle intensité, ce qui souvent fait croire qu'il y a eu de la part du malade quelque imprudence commise, tandis que c'est entièrement le fait de la marche, on pourrait dire normale, de la maladie.

Ces trois stades de la marche de la blennorrhagie ont été très bien indiquées par Swediaur, qui dit positivement que dans l'expérience qu'il fit sur lui-même en s'injectant dans le canal de l'urèthre de l'alcali volatil, il se donna trois blennorrhagies, c'est-à-dire que dans la même blennorrhagie, il y eut trois phases inflammatoires bien tranchées.

Mais lorsque la maladie a parcouru toute l'étendue du canal, et que par l'effet du traitement elle a semblé guérie pendant quelques jours, elle peut reparaître ; ce qui tient alors, ou à ce qu'elle n'était que comprimée par l'action des médicaments, injections locales ou balsamiques à l'intérieur, ou bien à ce que le malade aura repris trop tôt son genre de vie habituel, qu'il se sera trop tôt livré au coït, ou qu'il aura fait quelques excès. Dans ces cas la recrudes-

cence inflammatoire ne tient plus à la marche de la blennorrhagie; ce sont de véritables récidives qui, si elles se renouvellent prennent le nom de *chaudepisse à répétition*, que leur donne M. Ricord.

Suivant Hunter, un sujet atteint de gonorrhée ne pourrait en contracter une nouvelle avant la guérison de la première, et il lui paraissait très douteux que celle qui existe pût être exaspérée par un pus de même nature. Cette assertion est en opposition formelle avec ce qu'on observe tous les jours; car si l'acte même du coït suffit pour rallumer une inflammation près de s'éteindre, celle-ci deviendra d'autant plus intense, que le coït aura été exercé avec une femme dans le cas de communiquer une blennorrhagie à un urèthre parfaitement sain.

Hunter ajoute que la muqueuse s'habitue à la cause qui a produit l'écoulement, et finit par devenir insensible à cette même cause. Ceci est plus exact, et nous avons déjà insisté sur ce fait, que l'on voit souvent des individus prendre dans un seul coït des blennorrhagies avec des femmes affectées d'écoulements très abondants, qui ne communiquent rien aux hommes avec lesquels elles ont des relations habituelles. C'est à cette immunité que l'on a donné le nom d'*acclimatement*.

Il est des conditions d'*habitude* ou d'*acclimatement* autres que celles dont nous venons de parler, et qu'il faut prendre en grande considération. M. Ricord les formule de la manière suivante : « Si » l'habitude d'un même irritant, *toujours au même degré*, peut » rendre moins impressionnable, il faut tenir compte des autres » circonstances qui peuvent cependant exister : ainsi les rap» ports moins fréquents, moins passionnés après la longue fré» quentation d'une même femme; les soins et les précautions de » toilette qui n'ont pas toujours lieu dans les rapports nouveaux » et souvent imprévus, et dans lesquels l'orgasme, et surtout des » répétitions précipitées, prédisposent les parties à l'inflammation. » J'ai vu des femmes affectées de leucorrhée qui, après avoir com» muniqué une blennorrhagie à leur amant sous l'influence d'une » excitation nouvelle, donnaient lieu à la même maladie chez leurs » maris, qui les avaient vues impunément jusque-là. »

Diagnostic. — Sous le nom de *blennorrhagie*, on a confondu tous les écoulements uréthraux qui s'accompagnent de symptômes inflammatoires. Cette confusion est fâcheuse autant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique. Il n'est pas indifférent, en effet, de savoir si un écoulement est causé par une simple irritation ou une contagion, ou déterminé par la présence d'un chancre uréthral; mais cette distinction si importante n'est pas toujours facile. Comment distinguer l'uréthrite simple de l'uré-

thrite contagieuse? Comment différencier les différentes uréthrites simples entre elles?

L'existence des symptômes inflammatoires, la rougeur du méat, le gonflement du gland, la douleur cuisante, qui s'exaspère pendant l'émission de l'urine et l'éjaculation, les érections douloureuses et la nature muco-purulente de l'écoulement, suffisent pour reconnaître la maladie, et la distinguer des écoulements de matière tuberculeuse, de sperme ou de mucus, qui se font par l'urèthre ; mais ils sont insuffisants pour distinguer les écoulements inflammatoires entre eux.

Nous allons maintenant chercher à résoudre la question qui est la plus sérieuse : Comment distinguer l'écoulement qui dépend d'un chancre uréthral, d'une blennorrhagie de tout autre nature? S'il y a chancre uréthral, l'apparition de l'écoulement arrive plus tard; les douleurs cuisantes, brûlantes, de la blennorrhagie, sont localisées et ne se manifestent que pendant l'émission de l'urine ou l'éjaculation; les érections sont à peine douloureuses ; le toucher, pratiqué avec soin, permet souvent de constater une induration sur le trajet du canal ou dans la région balanique de l'urèthre; l'écoulement est peu abondant; il n'est pas muqueux, mais purulent et sanieux. Enfin il y a des engorgements ganglionnaires propres à chacune des espèces de chancres : indolents et multiples, si c'est un chancre induré, et en général mono-ganglionnaires et ayant grande tendance à la suppuration, si c'est un chancre mou.

Ces moyens de diagnostic peuvent cependant manquer et laisser le médecin dans le doute. Mais ce ne sont là que des cas tout à fait exceptionnels, sur lesquels nous aurons à revenir quand nous traiterons du chancre du canal de l'urèthre.

Pronostic. — D'une manière générale, on doit dire que le pronostic de la blennorrhagie ne présente pas de gravité, si ce n'est en raison des complications qui peuvent survenir, et dont nous aurons à examiner les dangers à mesure que nous les étudierons.

La guérison est la terminaison presque constante de la blennorrhagie, quand elle est convenablement traitée. Mais il faut reconnaître que le plus souvent elle n'a pas de tendance à disparaître spontanément, et que si on la néglige ou que les moyens que l'on dirige contre elle échouent, elle passe avec facilité à l'état chronique.

Une inflammation du canal de l'urèthre qui ne se prolonge pas trop et qui reste simple, n'a jamais de conséquences fâcheuses, et elle laisse le malade dans le même état de santé général qu'avant son apparition. Mais si elle dure longtemps, ou si elle se renou-

velle fréquemment, il est certain qu'elle expose le canal aux rétrécissements.

Les blennorrhagies à marche franchement aiguë dès le début, sont les moins graves et celles qui se terminent le plus rapidement. Celles au contraire qui commencent d'une manière sourde, presque sans douleur, ont généralement une durée plus longue et de la tendance à passer à l'état chronique. Mais, en pratique, il faut le moins possible se hâter de porter un pronostic trop favorable, car la blennorrhagie est certainement une des maladies dont la durée est le plus variable; sa terminaison heureuse et prompte est subordonnée à trop d'éventualités pour qu'on se hâte de rien préjuger.

J'ai assez fait ma profession de foi quant à la nature simple de la blennorrhagie, pour qu'il soit nécessaire de revenir sur l'influence que cette maladie peut avoir sur l'économie, au point de vue de la syphilis. Pour moi cette influence est toujours nulle, et si, après une blennorrhagie, des manifestations syphilitiques ont lieu, je n'hésite pas à dire que la blennorrhagie à laquelle on les rapporte n'était pas purement catarrhale et qu'elle avait été compliquée d'un chancre passé inaperçu. De même que lorsque je diagnostique un chancre coexistant avec une blennorrhagie, je réserve mon pronostic, et j'agis suivant l'espèce du chancre à laquelle j'ai affaire.

Une dernière considération qui se rattache, moins directement peut-être au pronostic, mais dont il est toujours bon de tenir compte, est celle-ci, à savoir, que plus un individu a été affecté de blennorrhagies, plus il est apte à en contracter de nouvelles. Il semble que la muqueuse uréthrale, comme d'ailleurs la plupart des autres membranes de même nature, est d'autant plus susceptible, qu'elle a été plus souvent malade.

Blennorrhée. — Lorsque la blennorrhagie a passé depuis longtemps à l'état chronique, et que les symptômes inflammatoires ont entièrement disparu, il est admis, dans le langage scientifique, de lui donner le nom de *blennorrhée*. On appelle également ainsi tous les écoulements indolents, muqueux ou puriformes, qui ont lieu par le canal de l'urèthre.

C'est le *muci-fluxus passivus* des anciens auteurs, qu'ils opposaient au *muci-fluxus activus*, c'est-à-dire à la blennorrhagie aiguë.

Avant Swediaur, on la désignait sous les noms de *gonorrhée chronique*, de *gonorrhée bénigne*, de *fluxus blanc* ; elle est plus généralement connue sous celui de *goutte militaire*, de *suintement habituel*.

On l'a beaucoup considérée comme étant de nature syphilitique,

mais cette opinion n'est plus guère admise aujourd'hui que par un petit nombre de praticiens. Jamais nous n'avons observé ces écoulements uréthraux indolents chez des sujets syphilitiques, sans que ceux-ci aient été affectés de blennorrhagie aiguë. Or, la vérole ne garantissant pas plus de la blennorrhée que de la blennorrhagie, on comprend facilement qu'avec les idées que quelques personnes se font encore sur l'identité de nature des deux affections, on a pu rattacher à l'infection générale les écoulements chroniques de l'urèthre. Néanmoins, la tendance à la chronicité de la blennorrhagie se faisant remarquer souvent chez les sujets dont la constitution est détériorée par une cause quelconque, et la vérole pouvant être une de ces causes, il arrive que les individus diathésés y sont disposés; mais ce n'est plus alors un symptôme syphilitique spécial, et la preuve c'est que ces blennorrhées qui succèdent à l'état aigu, ou qui d'emblée sont indolentes, ne reçoivent aucune influence favorable du traitement antisyphilitique. La blennorrhée est, dans ce cas, le résultat de la chloro-anémie, abstraction faite de sa nature syphilitique.

La blennorrhée n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'une terminaison de la blennorrhagie. Nous ne voulons pas dire cependant qu'elle ne puisse se manifester sans avoir été précédée d'accidents aigus. Il existe certainement des blennorrhées d'emblée, qui n'ont pas pour origine la contagion ; on en observe chez les enfants à l'époque de la dentition, chez ceux qui sont tourmentés par la présence d'ascarides dans le rectum, chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, chez ceux qui se livrent à la masturbation : on ne saurait croire combien cette habitude entretient de blennorrhagies, et les fait passer à l'état chronique. Il en est d'autres qui sont produites par la malpropreté, surtout dans les pays chauds, par les excès de coït ou de boisson, par la fatigue, l'équitation, etc. Il y en a qui sont entretenues par un ulcère, une fongosité, un rétrécissement de l'urèthre, une affection du col de la vessie, de la prostate ou des vésicules séminales. Mais la cause la plus ordinaire de la blennorrhée, c'est une chaude-pisse qui a été négligée ou traitée par des moyens intempestifs. Les blennorrhagies qui ont été compliquées d'hémorrhagie, celles qui ont été cordées, et dans lesquelles on a rompu la corde, y donnent plus souvent lieu, parce qu'il se produit alors une déchirure suivie d'ulcération dans le canal de l'urèthre.

Il y a des suintements du canal de l'urèthre qui succèdent à la blennorrhagie aiguë, mais qui peuvent aussi être chroniques de prime abord, dont la cause est en général très peu connue. Ce sont ceux qui sont entretenus par un état variqueux du col de la vessie et

de la région prostatique ; on les rencontre chez les individus hémorrhoïdaires. Dans ce cas, la blennorrhée est intermittente ; elle ne paraît que de temps en temps, et elle accompagne presque toujours alors un état d'irritation du col de la vessie qui se traduit par de la douleur, des envies fréquentes d'uriner, quelquefois par un peu de sang mêlé aux urines.

Cet état dure quelques jours seulement, il coïncide souvent avec une fluxion hémorrhoïdaire, commence et cesse en même temps qu'elle. La blennorrhée suit la même marche, et elle finit avec les symptômes de congestion. Le plus souvent, l'écoulement est muqueux, assez abondant ; dans quelques cas, il est légèrement sanguinolent. Le diagnostic de cette espèce d'écoulement n'est pas facile, il faut un grand soin pour y arriver. Les bougies à empreinte très molles ont pu quelquefois aider beaucoup à la faire reconnaître, lorsque l'état variqueux était bien prononcé.

On peut, d'après ce que je viens de dire, admettre deux espèces de blennorrhées : 1° celle qui est liée à un état général de la constitution, et qu'on peut considérer comme une perversion de la sécrétion de la muqueuse uréthrale ; 2° celle qui succède à la blennorrhagie aiguë, ou qui est symptomatique d'une lésion quelconque de l'urèthre.

Dans la blennorrhée, l'inflammation est limitée à une petite portion de la muqueuse, et peut siéger sur des points très différents du canal, où elle reste indolente tant qu'une cause excitante ne vient pas la faire repasser à l'état aigu. — Elle occupe quelquefois la fosse naviculaire, plus souvent les parties profondes de l'urèthre, la région prostatique ou membraneuse. Dans un bon nombre de cas, l'écoulement est entretenu par l'inflammation d'un ou plusieurs follicules de l'urèthre, ou par celle d'un diverticulum de ce canal, sur lesquels les agents thérapeutiques employés contre la blennorrhagie aiguë n'ont eu aucune action. On comprend, du reste, que le siége doit varier beaucoup suivant la cause qui entretient l'écoulement. On ne sait sur quelles raisons Hunter s'appuyait pour penser que la matière des écoulements chroniques était fournie par la surface de l'urèthre, et non pas par les glandes qui s'ouvrent dans le canal. C'est évidemment le contraire qui a lieu.

Quelle que soit l'espèce de blennorrhée à laquelle on ait affaire, les symptômes sont à peu près les mêmes. Le phénomène prédominant, c'est l'écoulement, qui est muqueux, épais ou muco-purulent. Cet écoulement n'est pas continuel ; il se montre surtout le matin sous forme d'une goutte, que les malades font sortir en pressant la verge. La sécrétion, ordinairement peu abondante, augmente

sous l'influence du moindre excès de coït ou de boisson, à la suite d'une marche un peu longue, de l'exercice du cheval, etc. Les lèvres du méat sont collées, et le linge taché comme dans la blennorrhagie. Cet écoulement a lieu le plus souvent sans douleurs, et presque à l'insu des malades ; il peut disparaître spontanément pendant quelques jours, et revenir ensuite sans la moindre cause excitante. Certains malades éprouvent un peu d'ardeur en urinant, dans un point limité du canal où la pression réveille un peu de douleur, ce qui souvent fournit des données précieuses pour le diagnostic. Dans la première espèce de blennorrhée que nous avons admise, c'est-à-dire lorsqu'elle succède à un état aigu, l'écoulement est blanc, muqueux, clair et filant, mais facilement sous l'influence de la plus légère excitation locale ou générale, il peut devenir jaunâtre et muco-purulent ; il est le plus ordinairement sanguinolent ou sanieux, lorsqu'il est entretenu par une lésion de l'urèthre, comme un ulcère, une fongosité ou une altération organique avec perte de substance, de ce conduit.

La blennorrhée est essentiellement chronique. L'écoulement peut offrir quelques intermittences ou disparaître pendant quelques jours, puis revenir soudainement ; on ne sait souvent pas pourquoi. Il est aussi des écoulements indolents, ceux surtout entretenus par un état diathésique de la constitution, comme le vice herpétique ou le vice rhumatismal, qui sont supprimés instantanément et remplacés par l'apparition d'une éruption cutanée, par une douleur musculaire ou arthritique ; quelquefois ce sera par une affection de l'estomac, et plus souvent encore de l'intestin. J'ai eu sous les yeux, il n'y a pas longtemps, un fait fort curieux : c'est celui d'un jeune homme de vingt-six ans, présentant tous les attributs de la phthisie, qui avait depuis six ans une blennorrhée incoercible, ayant succédé à une chaudepisse aiguë, laquelle blennorrhée cessa subitement à l'instant où ce jeune homme fut pris d'hémoptysie. Les crachements de sang eurent lieu d'une manière modérée pendant quinze jours ; ils se renouvelèrent deux mois après, mais depuis les premiers toute trace de suintement uréthral avait cessé.

Il est presque toujours impossible de prévoir quelle sera la durée d'une blennorrhée Celle qui succède à la blennorrhagie, et que l'on appelle vulgairement *goutte militaire*, peut persister pendant des années et même pendant toute la vie, soit qu'on y apporte les remèdes convenables, soit qu'on ne la soigne pas. Il n'est pas très rare de voir des blennorrhées résister à tous les traitements rationnels, puis disparaître subitement, sans qu'on puisse se rendre compte de cette guérison, alors que depuis longtemps le malade ne s'en occupait plus. C'est ici le cas de dire que certains écoulements

chroniques qui primitivement ont été aigus, sont entretenus par le traitement même qu'on leur oppose, et la preuve, c'est qu'ils cessent d'eux-mêmes quand on interrompt toute médication.

Les conséquences de cette maladie sont subordonnées à la nature de la cause qui entretient l'écoulement. D'une manière générale, elle est plus difficile à guérir que la blennorrhagie aiguë, et les sujets qui en sont atteints sont plus exposés que les autres à contracter des chaudepisses nouvelles; mais aussi le moindre excès suffit pour faire repasser l'inflammation à l'état aigu, et pour rendre à l'écoulement toutes les propriétés contagieuses qu'il possède dans la blennorrhagie. C'est évidemment à cette circonstance qu'il faut rattacher l'opinion de certains auteurs sur la virulence de la blennorrhée, car l'écoulement chronique non purulent n'est pas contagieux. Tous les jours, des hommes qui en sont atteints ont des rapports avec une femme, sans lui communiquer aucun accident. Le même écoulement qui, la veille, n'était pas contagieux, peut l'être le lendemain, lorsque par une cause quelconque il repasse à l'état aigu. Reconnaissons cependant que ces cas de retour de la contagiosité sont assez rares, qu'on ne les observe guère que dans les uréthrites chroniques qui ne sont pas très éloignées de la période aiguë; qu'on ne les voit presque jamais dans les écoulements indolents qui tiennent à un état général de la constitution, et qu'en somme ils ne sont pas en rapport avec les tableaux effrayants que quelques auteurs, M. Baumès entre autres, ont tracés du pronostic de la blennorrhée.

Si la blennorrhée, considérée comme accident local, n'est pas grave par elle-même, il faut avouer cependant qu'elle peut avoir une très grande influence sur le moral des malades. Nous avons vu un grand nombre de sujets affectés de blennorrhée très légère se tourmenter et s'inquiéter de leur écoulement au point de tomber dans l'hypochondrie la plus noire.

Il est important de ne pas confondre l'écoulement dont nous parlons, avec les autres flux qui se font par l'urèthre. On le distinguera facilement de la blennorrhagie par l'absence de symptômes aigus; on le distinguera aisément de la spermatorrhée à l'aspect et à l'odeur, et par l'absence de symptômes généraux dans la blennorrhée, et l'existence des troubles fonctionnels qui sont inséparables des pertes séminales. L'examen du liquide au microscope ne laisserait, du reste, aucun doute sur la véritable nature du mal. Cette croyance aux pertes séminales est une erreur dans laquelle beaucoup de malades, et, disons-le aussi, beaucoup de médecins, tombent à propos de la blennorrhée.

L'inflammation chronique de la prostate, certaines lésions de

cette glande qui sont le résultat de son inflammation aiguë, peuvent donner lieu à un écoulement uréthral indolent. Il en est de même des altérations des glandes de Cowper, des cystites du col ou du corps même de la vessie. Pour éviter les répétitions, nous renvoyons aux chapitres où il sera traité de ces affections.

TRAITEMENT. — *Prophylaxie.* — Je ne puis faire mieux, à propos de la prophylaxie de la blennorrhagie, que de rappeler le passage suivant de N. Massa :

« Fugiamus talem infectionem evitando coitum cum mulieribus » infectis aut in quibus sit suspicio de infectione : evitando con- » tactus, moram aut dormitionem cum infectis. Si vero quis cum » infecta muliere coire voluerit, quod, fatuum est, lavetur vulva » cum vino aut aceto et membrum virile cum aceto, ut fiat con- » fortatio membri, et sic stet in suo robore membrum confortatum, » et non moretur in coitu.

» Et contra si mulier cum viro infecto coiverit, lavet viri mem- » brum et vulvam ante et post coitum, et non *moretur in coitu.* » Et quomodocumque sit coitus, non sit supra *repletionem neque* » *corpore resoluto a quacumque causa*, nam extenuatis semper » est malus et causa recidivationis, ut experientia patet. »

Ces conseils sont d'une utilité incontestable, et l'observation rigoureuse de pareils préceptes, plus que tout spécifique, sera un bon garant contre la blennorrhagie.

Mais lorsque ces précautions n'ont pas été prises ou qu'elles ont échoué, lorsque la chaudepisse est bien établie, il faut avoir recours aux moyens curatifs.

Le traitement présente deux indications principales :

1° Arrêter et guérir au plutôt l'écoulement.

2° Prévenir et combattre les accidents qui peuvent se manifester pendant le cours de la blennorrhagie.

La première indication réclame un traitement particulier que l'on appelle généralement *traitement abortif.*

Traitement abortif. — Ce mode de traitement n'est pas nouveau, mais il a été préconisé surtout dans ces derniers temps par MM. Burnett, Serre (de Montpellier), Carmichael, Debeney et Ricord.

Deux ordres de moyens ont été proposés pour arriver au résultat qu'on veut obtenir. Le premier consiste à agir directement sur la muqueuse enflammée, en la modifiant par des cautérisations énergiques. Le second, moins employé et cependant beaucoup plus efficace et surtout beaucoup moins dangereux, est celui par les balsamiques pris à l'intérieur, qui agissent sur l'urèthre par voie indirecte.

Les moyens locaux sont nombreux, mais ce sont surtout les injections au nitrate d'argent qui ont été employées comme abortifs. Parmi les moyens internes, le copahu et le cubèbe jouissent d'une grande faveur. Quelques praticiens, pour arriver plus vite au but, ont proposé un traitement mixte. Ils font des injections abortives, en même temps qu'ils administrent les balsamiques.

L'expérience n'a pas confirmé les espérances qu'on avait fondées sur ce mode de traitement, et de nombreux reproches ont été adressés à la médication abortive; toutefois ils ne sont applicables qu'au traitement par les injections.

Les anciens, qui admettaient la métastase du virus blennorrhagique, se montraient peu partisans de cette méthode; pour eux arrêter brusquement un écoulement, c'était exposer le malade aux accidents les plus graves. L'expérience a fait justice de ces appréhensions.

Nous ne parlerons pas des accidents généraux d'infection qu'on a attribués à la répercussion de l'écoulement; nous avons prouvé que la blennorrhagie était une affection toute locale. On a accusé avec plus de raison cette médication de provoquer la manifestation de certains accidents qui peuvent naturellement, et en dehors de tous moyens violents, compliquer la blennorrhagie, l'orchite, la cystite, la prostatite, etc. Aussi n'exagérons rien, et disons que ce n'est pas encore là que gît le danger le plus grand des injections.

M. Debeney conseillait de faire, au début de l'écoulement, une injection très caustique : 4 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. M. Ricord, qui a été très partisan de cette méthode, n'en prescrivait qu'un gramme pour 30. C'est encore là une injection très-irritante et que beaucoup de malades n'osent pas même tenter. Ces deux praticiens citent des résultats heureux; mais dans bon nombre de cas ils ont échoué. M. Ricord a même complétement abandonné cette méthode.

J'ai expérimenté plusieurs fois les injections à la dose indiquée par M. Debeney, et chaque fois j'ai vu des accidents terribles; aussitôt que le liquide caustique touche les parties uréthrales, une douleur atroce se manifeste, qui arrache des cris aux malades les plus courageux, et qui détermine souvent la syncope; puis un gonflement énorme de la verge et même des hémorrhagies se déclarent. Tels sont les accidents immédiats des injections abortives faites avec précaution, et dans lesquelles le liquide caustique n'atteint qu'une partie restreinte du canal de l'urèthre.

Qu'arriverait-il s'il en parcourait toute l'étendue?

Ces accidents ne sont pourtant pas les seuls qu'on ait à redouter.

Le lendemain et le surlendemain, lorsque l'eschare se détache, on voit souvent se manifester des hémorrhagies abondantes. L'inflammation, au lieu de rester limitée aux parties cautérisées, peut s'étendre jusqu'à la vessie, déterminer de la strangurie, de la cystite; enfin, nous avons vu cette inflammation gagner le tissu cellulaire péri-uréthral et amener la formation d'abcès.

Les injections proposées par M. Ricord, quoique moins caustiques, déterminent quelquefois des complications tout aussi redoutables.

Je rejette donc complétement cette méthode; et, du reste, par ces moyens, remplit-on bien le but qu'on se propose de substituer une inflammation à une autre. Assurément, non. Pour réussir, la condition indispensable, c'est de toucher toutes les parties malades; mais ce résultat est très difficile, sinon impossible à obtenir, même au début de la blennorrhagie : car l'inflammation ne reste pas longtemps limitée à la fosse naviculaire, et lorsque les parties profondes de l'urèthre sont envahies, il est presque impossible d'atteindre les limites du mal. Il arrive alors que des points où la première inflammation n'a pas été modifiée elle s'étendra à ceux qui ont été cautérisés, et reprendra bien vite sa première intensité.

La difficulté de faire pénétrer les injections assez loin dans le canal de l'urèthre a conduit certains praticiens à employer la cautérisation à l'aide d'instruments spéciaux ou de bougies médicamenteuses. On a conseillé de se servir du porte-caustique de Lallemand. Avec cet instrument on peut en effet atteindre les parties les plus éloignées du canal, mais ce mode de cautérisation est encore insuffisant. Le caustique solide ne modifie que les surfaces et les orifices des follicules de Morgagni. Lorsque l'inflammation est réfugiée au fond de ces follicules, ou qu'elle a pénétré dans l'intérieur des conduits glandulaires, elle ne pourra pas être atteinte, et elle repartira de ces points par le même mécanisme que précédemment. On comprend, d'ailleurs, la douleur que doit produire l'introduction du porte-caustique dans un urèthre enflammé. Nous adresserons le même reproche aux bougies médicamenteuses, qui ont de plus l'inconvénient de rester plus longtemps en contact avec les orifices des conduits excréteurs des glandes spermatiques, et de favoriser le développement de l'épididymite ou de la prostatite.

A la fin du siècle dernier, Clossius avait proposé de faire avorter la blennorrhagie en cautérisant la muqueuse uréthrale avec un pinceau long et grêle, trempé dans une solution de potasse caustique et introduit dans le canal. On a aussi introduit

dans l'urèthre des mèches de coton imbibées de différentes solutions caustiques. Aucun de ces moyens n'a donné de bons résultats, et aujourd'hui ils sont abandonnés.

Quelques praticiens cependant emploient encore les injections abortives avec différents liquides. M. Vénot (de Bordeaux) a vanté le chloroforme à la dose de 2 grammes pour 60 grammes. — On a essayé successivement le chlorure de zinc, 5 centigrammes pour 125 grammes d'eau ; la teinture d'aloès, l'acétate de plomb, l'eau froide, etc. Ce ne sont pas là, à proprement parler, des moyens abortifs. Je le répète, aucun d'eux ne m'a jamais fourni de résultats heureux.

Traitement abortif par les balsamiques. — L'emploi des balsamiques à haute dose au début de la blennorrhagie, est un bon traitement abortif et de beaucoup préférable au précédent. Mais le succès de ce traitement dépend des conditions dans lesquelles on administre le copahu ou le cubèbe. Il y a des indications à remplir qu'il est indispensable de bien connaître.

Quand la blennorrhagie date de peu de temps, que la douleur est nulle ou peu sensible, que l'écoulement n'est pas encore muco-purulent, on peut donner immédiatement les balsamiques à très hautes doses : 15 à 20 grammes de copahu, par exemple, dans les vingt-quatre heures ; 20 à 30 grammes de cubèbe dans le même temps. On a grande chance de réussir.

Au contraire, si la blennorrhagie est plus ancienne, s'il y a des signes évidents d'inflammation aiguë, une douleur vive en urinant ; si l'écoulement est abondant, épais, jaune verdâtre, si surtout il est mélangé de sang, il y a contre-indication, non pas absolue, car sous l'influence des balsamiques, la maladie ne fera plus de progrès ; on verra même quelquefois la douleur diminuer, mais l'écoulement ne sera pas modifié, et si l'on continuait à donner le copahu ou le cubèbe à hautes doses, on s'exposerait à fatiguer l'estomac ; le médicament ne serait plus toléré, il faudrait le suspendre ; l'inflammation reprendrait alors son intensité première, et ce serait un temps précieux perdu pour le traitement antiphlogistique.

Lorsque le traitement abortif est employé dans de bonnes conditions, au bout de quatre ou cinq jours les symptômes s'amendent, l'écoulement diminue ou disparaît, mais il faut bien se garder de le suspendre immédiatement ; il faut, au contraire, le continuer plusieurs jours après la guérison complète. En cessant trop tôt l'usage des balsamiques, on s'exposerait à voir l'inflammation reparaître ; seulement on peut alors diminuer progressivement les doses du cubèbe ou du copahu.

Si au bout de six à huit jours on n'a constaté aucune amélioration, il est inutile d'insister plus longtemps. Cette manière de faire n'est pas adoptée par tout le monde; beaucoup de médecins au contraire conseillent de continuer le médicament quand même: c'est une erreur, car on ne fait que modérer l'inflammation sans l'arrêter.

On a conseillé de joindre à l'emploi des balsamiques celui des injections astringentes, et de combiner l'action des deux moyens. Mais ici encore il m'est impossible d'admettre cette méthode mixte. Les injections, de quelque nature qu'elles soient, loin d'avoir aucun avantage à cette période de la maladie, entretiennent souvent une irritation qui peut nuire à l'effet des balsamiques.

Traitement curatif. — Lorsque la blennorrhagie a résisté aux moyens abortifs, ou que les malades sont restés trop longtemps sans réclamer les secours de l'art; lorsque enfin la blennorrhagie est arrivée à sa période d'état, que l'écoulement existe avec des symptômes aigus, il faut avoir recours à des moyens tout autres qui constituent le traitement ordinaire de la blennorrhagie. Mais pour employer avec fruit les agents thérapeutiques alors convenables, il est indispensable de remplir quelques indications essentielles. Il faut d'abord un repos absolu de l'organe, et par conséquent s'abstenir, non-seulement du coït, mais de toute excitation des organes génitaux.

Si la blennorrhagie s'accompagne de phénomènes inflammatoires très intenses, s'il y a de la fièvre et un état général bien prononcé, il faut employer les antiphlogistiques indirects ou directs.

Les émissions sanguines, les bains entiers tièdes, les délayants, constituent à peu près toute la thérapeutique antiphlogistique. On a très rarement besoin d'employer la saignée générale dans la blennorrhagie; il ne faut y avoir recours que chez les sujets vigoureux, à tempérament sanguin, chez lesquels les douleurs sont assez vives pour déterminer une réaction fébrile un peu intense. Dans ces cas, une saignée du bras amène la cessation complète des symptômes; mais en général on peut s'en tenir à une application de 15 à 20 sangsues dans la région inguinale, ou mieux au périnée. Quelques praticiens, dans le but d'agir plus directement sur la maladie, ont conseillé de placer les sangsues le long du canal de l'urèthre : c'est là un moyen dangereux et qui peut déterminer l'œdème, l'ulcération et même la gangrène du fourreau.

La plupart du temps on peut éviter les émissions sanguines et s'en tenir à des moyens antiphlogistiques moins énergiques. On prescrit les boissons aqueuses, l'eau de groseille, les décoctions

de chiendent, d'orge perlé, de graine de lin, dans lesquelles on peut ajouter 2 à 4 grammes de nitrate de potasse par litre ; on les donne en grande quantité afin de faire uriner le malade. On ne doit pas craindre, en agissant ainsi, de multiplier les douleurs, car les douleurs, lors de la miction, sont d'autant plus vives que les urines sont plus chargées de sels ; ce qui le prouve, c'est la différence qu'il y a entre la miction du jour et celle du matin. Cette dernière est beaucoup plus douloureuse, parce que l'urine qui a séjourné dans la vessie pendant la nuit, s'est dépouillée d'une certaine quantité d'eau. Or, en introduisant dans l'économie des boissons en grande quantité, on remédie à cet inconvénient. Les sels de l'urine se trouvant plus étendus d'eau, le liquide irrite moins la muqueuse de l'urèthre.

D'un autre côté, il y a dans la pratique beaucoup de malades qui refusent de prendre des tisanes, soit à cause de la nature de leurs occupations, plus souvent parce qu'ils veulent cacher leur maladie. On peut alors leur substituer l'eau sucrée ou l'eau édulcorée avec des sirops de gomme, de groseilles, de cerises, d'orgeat, de limon, ou simplement de l'eau pure. Mais il faut le reconnaître, ces boissons, prises en grande abondance, ne sont pas absolument indispensables.

A cette première période de la maladie, on obtient ordinairement un bon résultat en faisant prendre un grand bain tous les deux jours ; mais il importe que ces bains soient peu chauds et prolongés. Quelques malades cependant les supportent difficilement ; on peut alors se contenter de bains locaux ou de bains de siége. Cependant je conseille peu d'y avoir recours, parce que les uns congestionnent la verge, les autres le bassin. Il est préférable de faire sur l'organe des lotions froides avec de l'eau simple ou additionnée d'une petite quantité d'acétate de plomb ; on peut employer ces lotions même dans les cas où il existe un état inflammatoire local très prononcé. S'il y a phimosis, il est toujours bon de faire entre le gland et le prépuce des injections fréquentes avec les mêmes liquides. Quant aux injections dans le canal, elles sont tout à fait contre-indiquées pendant la période aiguë. On a cependant conseillé d'employer des injections calmantes, avec l'eau de guimauve, les décoctions de têtes de pavot, le laudanum. Nous pensons qu'il vaut mieux s'en abstenir, excepté celles avec l'huile d'amandes douces, qui sont sans inconvénient, et qui souvent même amènent un peu de soulagement. Les purgatifs ont été préconisés à cette période, ils sont souvent utiles ; mais on ne doit les administrer que dans le but de s'opposer à la constipation, qui a l'inconvénient d'entretenir la congestion des organes génitaux,

et préférer les purgatifs légers comme le sulfate de soude, l'huile de ricin, ou simplement les lavements purgatifs.

Les douleurs déterminées par l'état d'érection sont souvent beaucoup plus pénibles que celles de l'émission de l'urine. On a proposé un certain nombre de moyens locaux et généraux pour y remédier. Les cataplasmes émollients, non-seulement ne sont d'aucune utilité, mais encore ils entretiennent la verge dans un état de demi-turgescence toujours fâcheuse, soit qu'on les applique froids, car ils s'échauffent facilement, soit surtout s'ils sont tièdes ; les compresses laudanisées ou imbibées d'extrait de Saturne, l'huile camphrée, ne sont guère plus utiles ; l'eau froide est encore le meilleur moyen à employer.

A l'intérieur on prescrit avec avantage l'opium et le camphre le plus souvent associés sous forme de pilules. La formule que nous employons ordinairement est la suivante :

Camphre.................	2 gram.
Extrait de thébaïque.......	1 gram.
Mucilage.................	q. s.

Pour vingt pilules, à prendre de une à deux le soir en se couchant.

Ces pilules calment toujours un peu, si elles n'enlèvent pas toute la douleur et si elles n'empêchent pas les érections. On peut également administrer ces médicaments en lavements, à la dose de 40 à 50 centigrammes de camphre et 10 à 20 centigrammes d'opium ; mais leur effet est beaucoup plus incertain.

La jusquiame, à la dose de 10 à 20 centigrammes, a été employée avec succès par Bell ; Hunter a vanté la belladone : bien peu de médecins aujourd'hui suivent encore leur méthode.

Le nénuphar, la teinture éthérée de digitale, la digitaline, ont été beaucoup vantés ; nous les avons essayés sans jamais en retirer un grand bénéfice : aussi leur action nous paraît-elle douteuse.

Il y a une dizaine d'années, le docteur Debout a beaucoup préconisé l'action du lupulin comme antiaphrodisiaque, à la dose de 1 à 4 grammes. Cette substance a même joui, pendant quelques années, d'une certaine vogue. Je l'ai expérimentée, et je dois dire qu'elle ne m'a jamais été d'aucun secours bien efficace. Quant à l'emploi du chanvre indigène et du chanvre indien, je déclare qu'ils n'ont aucun effet sur les érections.

Il existe un procédé barbare et irrationnel que le vulgaire emploie peut-être un peu moins fréquemment qu'autrefois, qui consiste à rompre la corde, en plaçant la verge en érection sur une table et en frappant dessus un coup violent, ou bien en maintenant le bout

de la verge d'une main, tandis que de l'autre on la redresse brusquement. Ces manœuvres déterminent une rupture de l'urèthre et un écoulement de sang plus ou moins considérable, qui soulage momentanément les malades, mais qui les expose à des épanchements sanguins, à des infiltrations d'urine, et plus tard à des rétrécissements difficiles à guérir.

Dans le but d'empêcher les érections, on a donné le singulier conseil de faire une ligature sur la portion libre du prépuce au devant du gland, ou bien encore de fixer la verge par un lien à la cuisse ; mais ces précautions sont insuffisantes contre les érections, et si elles arrivent, on conçoit quel étranglement il peut s'en suivre. Un bon moyen de les empêcher de revenir trop fréquemment et qui les calme souvent, c'est de coucher sur un lit dur.

Lorsque dans le cours de la période aiguë de la blennorrhagie il survient de la dysurie, soit par le fait d'un spasme, soit par suite du gonflement inflammatoire de la muqueuse, il ne faut pas se hâter d'avoir recours à la sonde ; il est convenable d'insister avant tout sur les antiphlogistiques, et surtout sur les bains prolongés. Ce n'est que si l'émission de l'urine devenait impossible qu'on devrait recourir au cathétérisme, et alors préférer toujours les sondes de gomme élastique à courbure fixe, introduites sans mandrin, afin d'éviter toute violence. Il suffit, dans certains cas où la rétention est due à une contraction spasmodique de l'urèthre, d'introduire une bougie fine dans le canal et de la laisser pendant quelques minutes.

A ces moyens thérapeutiques, il faut joindre un régime sévère, recommander au malade de s'abstenir de café, de bière, de thé. Le vin en petite quantité et mêlé avec l'eau peut être permis, surtout quand le malade fait usage de boissons abondantes, ce qui débilite toujours un peu l'estomac ; la nourriture peut être tout aussi abondante, mais composée spécialement de viandes blanches, de légumes herbacés, de fruits cuits ou bien mûrs.

Le malade évitera la fatigue ; il marchera peu et tiendra les bourses relevées à l'aide d'un suspensoir. Ce dernier moyen est formellement recommandé dans le but de prévenir l'orchite ; mais on a beaucoup exagéré ses avantages, car bien des gens sont pris d'orchite qui le portaient depuis longtemps avec le plus grand soin.

Lorsque la maladie est passée à l'état subaigu, que l'écoulement a lieu sans douleurs et qu'on n'a plus à redouter l'irritation trop vive causée par les balsamiques, on peut alors donner le copahu et le cubèbe. Mais chez certains malades dont l'estomac supporte mal ces médicaments, il faut, pendant quelques jours,

faire un traitement préparatoire, donner le sirop de Tolu, celui de bourgeons de sapin, l'eau de goudron. Quelle que soit la forme sous laquelle on administre le copahu, ce médicament doit être donné d'emblée à hautes doses. Ainsi on prescrira tout de suite 3 à 4 cuillerées de la potion de Chopart, ou 20 à 30 capsules de copahu. Mais ces doses doivent être fractionnées : c'est-à-dire que le malade prendra la potion de Chopart trois ou quatre fois par jour dans l'intervalle des repas; les capsules seront prescrites en plusieurs doses également à une certaine distance des repas. Sans cette précaution, le copahu amènerait des troubles digestifs et serait mal supporté par l'estomac. Un autre avantage de ce mode d'administration, c'est que le médicament agit d'une manière continue.

Pour obvier à ces inconvénients, on a proposé d'administrer le copahu par le rectum, soit en lavements, soit en introduisant les capsules par l'anus; mais ce moyen est très incertain. On réussit mieux en le faisant prendre par la bouche et en l'associant à quelques substances astringentes, comme l'alun, le ratanhia, le cachou; du reste, on le donne rarement seul, on le mêle ordinairement avec le cubèbe pour en faire un opiat (copahu, 20 grammes; cubèbe, 15 grammes; essence de menthe, q. s.). Cette forme médicamenteuse est une des plus souvent employées à nos consultations publiques de l'hôpital du Midi : on donne 15 à 20 grammes par jour.

Il est des malades chez lesquels le copahu détermine des vomissements, de la diarrhée et des accidents tels, qu'on est obligé d'y renoncer. On le remplace alors avec avantage par le poivre cubèbe, qui est mieux supporté par l'estomac, qui est moins nauséabond, qui, en général, ne purge pas. On le donne aux mêmes doses et de la même manière. Chez les malades qui ne se trouvent bien ni du copahu ni du cubèbe, nous avons obtenu de bons résultats en alternant ces deux substances : en donnant, par exemple, six capsules de copahu le matin, six de cubèbe à midi, et six de copahu le soir.

De quelque manière qu'on administre les balsamiques, il est de précepte essentiel d'en continuer longtemps l'usage, non-seulement jusqu'à cessation de l'écoulement, mais encore plusieurs jours après. C'est faute de prendre cette précaution que l'on voit si souvent la blennorrhagie reparaître, alors qu'on était en droit de la croire guérie.

Les dissidences sont grandes sur la nature de l'action qu'exercent ces deux médicaments. Les uns, et c'est le plus grand nombre, leur attribuent une action spéciale et jusqu'à un cer-

tain point spécifique sur les écoulements blennorrhagiques; les autres veulent qu'ils n'agissent qu'à la manière des purgatifs drastiques, exerçant néanmoins une action particulière inconnue aux autres médicaments de cette classe. Rappelons que l'école italienne considère les balsamiques, le copahu surtout, comme un hyposthénisant antiphlogistique.

L'action spécifique du cubèbe et du copahu dans la blennorrhagie *uréthrale* n'est ni une révulsion, ni une modification du sang qui influencerait la nutrition et la sécrétion des muqueuses en général, et de la muqueuse uréthrale en particulier : la guérison de la blennorrhagie de l'urèthre est due à l'action directe de l'urine chargée du principe médicamenteux du cubèbe et du copahu. On doit à M. Ricord la démonstration de cette vérité par l'observation. Un homme qui depuis son enfance était affecté d'un hypospadias traumatique, situé à la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la verge, gagna une blennorrhagie pour laquelle il entra à l'hôpital du Midi. La maladie occupait les deux portions du canal, l'écoulement était très abondant. La portion postérieure était le siége de douleurs assez vives pendant et après l'émission de l'urine. Le malade fut soumis à l'usage du copahu, et voici ce qui arriva : toute la partie postérieure du canal au delà de l'hypospadias, la seule parcourue par l'urine, guérit; la partie antérieure était restée malade. M. Ricord continua de donner le copahu et recommanda au malade de faire, dans la partie antérieure du canal qui n'avait subi aucune modification, une injection d'arrière en avant, par l'orifice artificiel, de toute son urine, aussitôt après l'avoir rendue. Au bout de quelques jours la guérison était complète. Depuis, M. Ricord a observé plusieurs faits semblables, et nous en avons nous-même vu d'analogues. Chez un malade que nous traitions depuis longtemps par le copahu, pour un écoulement qui persistait quand même, nous avons découvert à l'entrée du méat une espèce de cul-de-sac que l'urine n'atteignait pas, et qui était le siége d'une sécrétion purulente abondante; nous fûmes obligé d'agir directement sur lui au moyen d'injections, et tout s'arrêta.

M. Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a fourni une nouvelle preuve de cette action directe, en faisant pratiquer, dans le vagin de femmes soumises à l'action du copahu, des injections avec leur propre urine. Dès ce moment la blennorrhagie vaginale cédait, tandis qu'auparavant l'écoulement uréthral avait seul été modifié.

L'influence curative toute spéciale des urines rendues médicamenteuses devait conduire à essayer l'emploi du copahu en injec-

tions. Le docteur Tadei en fit l'expérience et obtint de bons résultats; il prescrivait la formule suivante :

Baume de copahu..........	15 gram.
Émulsion d'amandes douces et de gomme arabique...	ãã 100 gram.

Malgré ces succès et d'autres tentatives plus récentes, ce moyen n'a pas été vulgarisé.

Les injections de copahu en nature ne sauraient égaler l'action de l'urine médicamenteuse.

Quelque persuadé que je sois que l'action thérapeutique du copahu à l'intérieur gît tout entière dans la modification qu'il imprime à l'urine, je dois cependant signaler un fait qui s'est présenté quelquefois à mon observation : c'est celui de certains individus qui, prenant des doses assez fortes de copahu sans que l'intestin en souffrît et aussi sans qu'il y eût le moindre changement dans l'écoulement uréthral, n'ont vu celui-ci se modifier que lorsque, par un laxatif quelconque, on avait aidé pour ainsi dire à l'action ordinairement purgative du copahu.

J'ai déjà signalé l'influence des balsamiques sur les voies digestives et le dégoût qu'ils causent aux malades; ces inconvénients ne sont pas les seuls : on voit souvent, pendant leur usage, se développer sur la peau des éruptions d'urticaire, quelquefois très confluentes, qui peuvent occuper tous les points de la peau, mais qui s'observent de préférence à la face externe des membres, au niveau des articulations. Ce sont ces éruptions rubéoliques que les partisans de l'identité ont invoquées pour assimiler la blennorrhagie à la syphilis. Mais la roséole copahique est bien différente de l'accident secondaire de la syphilis; elle détermine des démangeaisons très vives, et disparaît aussitôt qu'on cesse l'usage du médicament. Ces caractères seuls suffisent pour la différencier de la roséole syphilitique. Ce sont ces accidents qui ont conduit les auteurs à chercher d'autres moyens de guérir la blennorrhagie. On a vanté la térébenthine à la dose de 2 à 4 grammes par jour : cette substance agit comme le cubèbe et le copahu, en modifiant les urines; elle a quelquefois donné de bons résultats, mais elle est loin de valoir le copahu. Ajoutons aussi que, comme le copahu, elle détermine quelquefois des affections cutanées fugaces.

L'eau de goudron a été essayée, mais elle n'a pas grande valeur ; ce n'est qu'un adjuvant qui peut être utile, mais sur lequel il ne faut pas trop compter.

L'essai des purgatifs drastiques dans le traitement de la blen-

norrhagie aiguë est emprunté encore à la médecine populaire. M. Colombic, dans son code de médecine militaire, rapporte que plusieurs individus se guérirent de blennorrhagie aiguë en avalant en une ou deux doses un fruit de coloquinte. Les auteurs du *Compendium* citent quatre observations de malades qui guérirent à la suite de l'ingestion de cette substance macérée dans du vin, après avoir éprouvé tous les accidents des empoisonnements par les drastiques.

Cette médication n'agit que par la violente révulsion qu'elle opère sur l'intestin. Administrée de cette façon elle est très dangereuse, aussi n'est-elle pas entrée dans la pratique : le jalap, la gomme-gutte ont les mêmes inconvénients. M. Sandras a encore proposé, le copahu et le cubèbe, suivant lui, n'agissant que par révulsion, de les remplacer par l'aloès. Ce moyen lui a réussi dans les blennorrhagies chroniques, et a ensuite été mis en pratique par M. Reynaud (de Toulon) dans les blennorrhagies aiguës, et il en a obtenu de bons résultats. M. Sandras le donne en pilules de la manière suivante :

Aloès......................	10 centigr.
Thridace..................	3 centigr.
Poudre de réglisse..........	q. s.

Une ou deux pilules semblables chaque jour.

Enfin les militaires font usage d'un remède qui leur est propre, et qui consiste en un mélange d'eau-de-vie et de poudre à canon. Ce moyen n'est pas exempt de dangers et les résultats en sont très incertains.

Moyens directs. — Lorsque la période inflammatoire de la blennorrhagie a cessé, que l'écoulement a lieu sans douleurs, que les érections ont disparu ; lorsque enfin on n'a plus à redouter l'irritation trop vive des injections, il est temps de les employer pour achever la guérison ; mais avant d'y recourir, il faut que l'action des balsamiques soit épuisée.

Un grand nombre de substances ont été employées en injections. Nous ne les rappellerons pas toutes, il nous suffira de signaler les plus répandues dans la pratique.

L'injection suivante est celle que nous prescrivons le plus souvent à nos malades de l'hôpital :

Sulfate de zinc............	1 gram.
Sous-acétate de plomb......	1 gram.
Eau......................	125 gram.

ou avec :

Alun..................	2 à 4 gram.
Eau...................	125 gram.

ou

Tannin...................	50 centigr.
Eau......................	30 gram.

On peut faire deux injections par jour, en recommandant au malade d'uriner avant de faire l'injection.

On prescrit aussi quelquefois le sous-acétate de plomb seul, à la dose de 1 gramme pour 100 grammes d'eau.

L'injection au vin aromatique, que nous avons remplacée par celle au tannin, a été beaucoup employée contre les écoulements chroniques. Cette injection jouit encore dans le peuple d'une très grande faveur.

M. Ricord n'employait autrefois que le nitrate d'argent à la dose de 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau. Cette injection est très bonne, mais doit surtout être réservée pour les chaude-pisses chroniques.

Les injections au sous-nitrate de bismuth donnent de très bons résultats dans les écoulements chroniques. Ce sel, qui est très peu soluble, se dépose sur les parois de l'urèthre et les tient écartées; c'est plus par l'isolement des surfaces qu'il agit que par son action médicamenteuse, aussi faut-il le donner à hautes doses : 20 à 30 grammes, par exemple, pour 200 grammes d'eau. Ces injections sont très bonnes, mais la solution de sous-nitrate de bismuth a l'inconvénient de ne pouvoir être conservée plus d'un jour ou deux sans s'altérer. Elle devient acide, et si l'on n'a pas le soin de neutraliser cette acidité, on n'obtient que de mauvais résultats. La meilleure manière de réussir avec ce médicament, c'est de préparer soi-même l'injection au moment de s'en servir.

Les injections de chloroforme, qui ont été vantées dans l'état aigu, ne sont d'aucune utilité à cette période de la blennorrhagie. L'iodure de fer est peu employé; le perchlorure, dont on a fait grand bruit dans ces derniers temps, a bien pu rendre quelques services, mais il est loin d'être aussi efficace qu'on a bien voulu le dire : il s'emploie à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme pour 30 grammes d'eau.

Hunter employait le bichlorure de mercure à la dose de 10 à 20 centigrammes pour 200 grammes d'eau. Cette injection est très irritante, et n'est plus employée que par ceux qui,

comme Hunter, considèrent la chaudepisse comme syphilitique.

J'ai déjà parlé, dans le traitement abortif par les injections, des reproches qu'on adresse à ce mode de traitement, savoir, la métastase du virus, la rétrocession de l'inflammation, etc. On a aussi accusé les injections de favoriser le développement des rétrécissements de l'urèthre : c'est une erreur, du moins pour les injections que l'on emploie dans la dernière période. Les injections telles que je viens de les indiquer ne donnent pas de rétrécissement ; bien au contraire, en arrêtant l'inflammation ou en abrégeant sa durée, elles doivent les prévenir : car c'est incontestablement aux inflammations prolongées ou souvent répétées du canal de l'urèthre que sont dues les coarctations, et si on les voit si souvent chez les malades qui ont fait des injections, c'est uniquement parce qu'il est peu de blennorrhagies qui, à un moment donné, n'aient été traitées par ce moyen local ; et il convient d'ajouter qu'on rencontre aussi tous les jours des rétrécissements sur les sujets qui, ayant eu une ou plusieurs chaudepisses, n'ont jamais eu recours aux injections.

Dans les blennorrhagies chroniques auxquelles n'ont pu mettre fin les moyens que nous venons de passer en revue, on a proposé d'introduire des mèches isolantes dans le canal de l'urèthre, mais la difficulté de l'introduction a dû y faire renoncer. Les bougies molles simples ou médicamenteuses sont de beaucoup préférables, parce qu'elles agissent doublement sur la muqueuse ou sur le tissu cellulaire sous-muqueux, d'abord par la compression qu'elles exercent et de plus par le médicament qu'elles portent. Mais elles sont quelquefois très difficilement supportées par les malades ; leur présence dans le canal peut donner lieu à l'épididymite ou à la cystite du col : c'est alors qu'elles peuvent avantageusement être remplacées par l'injection au sous-nitrate de bismuth que nous avons dit agir comme substance isolante. Dans les cas de localisation profonde de l'inflammation, M. Chassaignac a proposé de porter la matière de l'injection directement sur la partie malade, en se servant d'une sonde spéciale qui préserve la partie du canal située au delà de la lésion de l'action du liquide injecté. Cet instrument, qu'il a présenté il y a plusieurs années à la Société de chirurgie, lui a rendu des services, et j'en ai moi-même obtenu quelques résultats heureux dans des blennorrhagies très anciennes. M. Chassaignac lui trouve cet avantage qu'étant à jet récurrent, on peut faire passer dans l'urèthre une grande quantité de liquide et opérer ainsi une sorte de lavage.

Si la blennorrhagie a résisté à tous ces agents thérapeutiques, s'il existe des fongosités ou des ulcérations dans l'urèthre qui

entretiennent l'écoulement, on obtiendra la guérison en pratiquant la cautérisation directe avec le porte-caustique.

B. Bell a conseillé dans ces blennorrhées tenaces l'application des vésicatoires sur les cuisses, les aines, le périnée et même sur la verge. Ce moyen peut être tenté, mais il faut se garder d'appliquer les vésicatoires sur la verge, de peur d'amener la gangrène.

Hunter dit aussi avoir guéri des blennorrhées au moyen de l'électricité; ce moyen n'a été employé par personne depuis cette époque.

Il y a des écoulements chroniques de l'urèthre qui ne peuvent être modifiés ni par les balsamiques, ni par les moyens locaux dont nous venons de parler : ce sont ceux qui sont entretenus par un état constitutionnel, la chloro-anémie, le tempérament lymphatique ou scrofuleux, etc.: c'est cet état général qu'il faut traiter pour tarir l'écoulement. On prescrira l'huile de foie de morue, le fer, les amers, etc. A l'extérieur, les bains froids de rivière, les bains de mer, déjà si vantés à juste titre par Hunter, l'hydrothérapie. J'ai vu des malades se trouver très bien de bains de siége froids instantanés pris chaque matin au sortir du lit. Les sulfureux *intus et extra*, qui quelquefois augmentent l'écoulement, ne sont cependant pas à négliger lorsque la blennorrhée se lie à une constitution herpétique. Babington avait attribué la ténacité de certaines blennorrhées à l'alcalinité de l'urine des malades; il se trompait singulièrement, car il n'avait pas vu que cette modification de l'urine était due à la même influence générale que l'écoulement.

Je ne parlerai pas ici du traitement mercuriel conseillé par MM. Lagneau et Baumès contre la blennorrhagie; j'ai considéré la blennorrhagie comme une affection entièrement distincte de la syphilis, il est tout naturel que je rejette tout à fait ce traitement.

Les individus atteints de blennorrhée poussent souvent trop loin les précautions, et s'abstiennent quelquefois complétement de femmes dans la crainte de les infecter : dans ces cas-là cependant un coït modéré ne peut être nuisible, il faut même le leur conseiller, car les érections fréquentes occasionnées par la continence fatiguent bien plus que le rapprochement sexuel; seulement il faut attendre que l'écoulement ait perdu ses propriétés contagieuses.

Avant de terminer, il me reste à parler d'une variété de blennorrhagie dite à répétition, c'est-à-dire revenant spontanément à certaines époques. Cette intermittence dans la manifestation des symptômes peut être causée par les excès et les écarts de régime des malades, ou par l'excitation produite par les érections prolongées. L'écoulement, qui avait presque complétement cessé, se

montre de nouveau avec un certain degré d'intensité. Il faut alors revenir au traitement institué ; mais ces cas sont rares ; le plus souvent ces prétendues chaudepisses de retour, surtout lorsqu'elles reparaissent après plusieurs mois, sont dues à de nouvelles contagions que les malades ne veulent pas avouer.

Accidents et complications de la blennorrhagie. — Les accidents de la blennorrhagie peuvent être divisés en plusieurs groupes que je formule ainsi :

1° Ceux qui sont produits par la violence de l'inflammation : le phimosis et le paraphimosis, la lymphite, l'adénite, les abcès, la rupture de l'urèthre, l'hémorrhagie uréthrale, le pénitis.

2° Ceux qui sont dus à la propagation de l'inflammation : l'orchite, la prostatite, la cystite du col ou du corps, la néphrite.

3° Ceux qui résultent du transport direct de la matière de l'écoulement uréthral sur une surface saine : la conjonctivite blennorrhagique, l'inflammation de quelques autres muqueuses.

4° Ceux qui surviennent pendant le cours de la blennorrhagie et dont il est plus difficile de se rendre compte : l'arthrite, l'aquo-capsulite.

5° Ceux qui persistent ou qui reparaissent après la cessation de l'écoulement : la névralgie du col de la vessie, les douleurs insolites dans le canal de l'urèthre.

Phimosis. — La description du phimosis serait mieux placée dans le chapitre où nous traiterons de la balano-posthite ; mais comme il peut jouer un rôle dans les accidents de la période aiguë de la blennorrhagie, il nous faut en dire quelques mots.

Le phimosis est l'état dans lequel le prépuce est tellement resserré à son orifice, qu'il ne peut plus laisser passer le gland et être ramené en arrière de la couronne. Le phimosis est congénital ou accidentel. Le premier, quand il est poussé à l'extrême, a d'abord l'inconvénient d'obscurcir quelquefois le diagnostic du début de la blennorrhagie en cachant à la vue l'ouverture du méat urinaire, et en laissant dans l'incertitude de savoir si l'écoulement provient du canal de l'urèthre, ou s'il est fourni par une inflammation du gland ou du prépuce ; puis, lorsque l'uréthrite est bien établie, comme elle amène souvent le gonflement du gland, celui-ci, étant comprimé par le prépuce, devient le siége d'un étranglement qui peut être fort douloureux. Enfin l'écoulement uréthral, trouvant une issue difficile par l'orifice cutané naturel, s'épanche entre le gland et le prépuce, et par son séjour peut y amener une inflammation d'autant plus considérable que le malade ne peut se donner les soins de la propreté la plus ordinaire.

Le phimosis accidentel est toujours déterminé par une inflam-

Pl. 2.

Fig. 1.



Fig. 3

A

Fig. 2



E. MÉQUIGNON MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Annedouche sc.

Imp. Geny-G

PLANCHE II.

PHIMOSIS.

Fig. 1. — *Phimosis congénital sans blennorrhagie.*

Le prépuce légèrement enflammé au niveau du limbe A, où l'on remarque un peu de rougeur et des traces d'ulcération. L'orifice du prépuce est très étroit et ne permet pas d'apercevoir le gland, quel que soit l'effort que l'on fasse pour découvrir cet organe.

L'émission de l'urine est gênée par ce vice de conformation ; l'urine s'accumule dans la cavité glando-préputiale avant de franchir l'orifice du limbe.

Fig. 2. — *Phimosis accidentel, produit par une blennorrhagie suraiguë avec balano-posthite.*

Le limbe s'est retourné en dedans par suite du gonflement de la peau.

Le prépuce est rouge, douloureux, tuméfié. Il y a un écoulement purulent très abondant, A.

Fig. 3. — *Phimosis accidentel avec gonflement de la verge qui s'étend jusqu'à la racine.*

Ce phimosis existe depuis un mois sans blennorrhagie. Toute la verge est le siége d'un œdème considérable. Sur le fourreau il y a une ulcération superficielle, A, qui est la suite d'inflammation érysipélateuse.

---

mation d'une portion quelconque de la verge. Quelquefois c'est seulement le passage de l'écoulement par l'ouverture du prépuce qui l'irrite, l'enflamme et amène un gonflement assez prononcé pour mettre obstacle à la sortie du gland. Le plus souvent, c'est un épaississement indolent déterminé par une lymphite locale ou une lymphite du fourreau, dont l'effet est de donner naissance à un œdème. Les mêmes accidents de compression du gland et de rétention de la matière de l'écoulement peuvent alors se produire.

Le phimosis franchement aigu est pénible ; il occasionne un prurit continuel, bien plus insupportable au malade que la douleur de l'uréthrite. Celle-ci d'ailleurs est passagère, tandis que l'autre est incessante et s'exaspère à chaque miction, cela surtout lorsque le prépuce prend au devant du gland un développement considérable, le flot de l'urine ayant un long trajet à parcourir sur la muqueuse enflammée, entre le méat et l'ouverture préputiale. Les malades expriment souvent très bien la différence de sensation pénible que leur fait éprouver le passage de l'urine dans l'urèthre enflammé, et celle qu'ils ressentent dans le trajet à travers la saillie du prépuce.

Le phimosis œdémateux sans inflammation locale est beaucoup plus supportable, et souvent son seul inconvénient est d'empêcher la sortie facile de l'écoulement. L'épaississement du prépuce dans ce cas est tout à fait passif et résulte d'un obstacle à la circulation lymphatique situé plus haut.

Soit que le phimosis soit congénital, soit qu'il résulte de l'irritation muco-cutanée, il a, outre les inconvénients que nous venons de signaler, celui plus grave de ne pas permettre de reconnaître l'état des parties, et il peut faire croire à une inflammation purement catarrhale de la muqueuse uréthrale, alors que des ulcérations auraient lieu en même temps au méat ou sur la surface du gland.

Il n'y a pas de comparaison à établir entre la gravité du phimosis compliquant une blennorrhagie et celui qui est déterminé par la présence d'un chancre ou d'une balano-posthite très inflammatoire. Le premier cède facilement aux moyens employés pour combattre les causes qui lui ont donné naissance, et il est fort rare que par lui-même il détermine des accidents, tandis que dans le second il peut en survenir de très fâcheux, tels que la gangrène et des destructions plus ou moins étendues.

Le phimosis naturel, assez large encore pour permettre le passage d'une partie même minime du gland, et le phimosis accidentel par inflammation active et passive, ne seraient pas de mauvaises conditions pendant la période aiguë de la blennorrhagie,

Pl. 3.

Fig. 3.



Fig. 1.

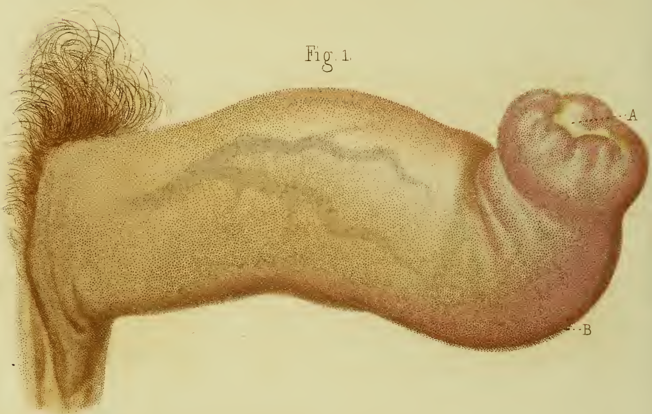


Fig. 2.



Davesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE III.

PHIMOSIS INFLAMMATOIRES.

Fig. 1. — *Phimosis accidentel.*

Phimosis consécutif à l'état aigu de la blennorrhagie. Le pourtour du limbe, B, est un peu enflammé, et laisse échapper du muco-pus ; le prépuce est le siége d'un œdème assez considérable pour lui faire décrire une courbe à convexité inférieure, A, et reporte son orifice directement en haut. Ce phimosis est curieux par la forme qu'il a donnée à la partie antérieure de la verge.

Fig. 2. — *Phimosis terminé par gangrène.*

Sur le côté droit de la verge, près de la base du gland, on voit une plaie de 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large ; en introduisant un stylet par l'orifice du prépuce, on le faisait sortir par la plaie. Au fond de celle-ci, on aperçoit le gland, A, recouvert d'une couche de pus. La partie libre du prépuce est fortement œdématiée, et forme une tumeur volumineuse et demi-transparente, B.

Fig. 3. — *Phimosis avec chancre induré.*

Phimosis complet survenu à la suite d'un chancre induré qui occupe toute la couronne du gland. Le limbe du prépuce est rétracté et renversé en dedans ; la peau de la verge est œdématiée. Il n'y a pas de blennorrhagie.

---

s'ils n'exposaient pas le malade aux chances d'un paraphimosis.

On rencontre sur quelques vieillards un phimosis particulier qui peut donner lieu à une erreur de diagnostic regrettable. Il arrive, en effet chez des hommes d'un certain âge, que le gland et les corps caverneux n'étant plus distendus aussi souvent par les érections, s'atrophient en grande partie, et que le fourreau de la verge, devenu trop long pour les contenir, dépasse d'autant l'extrémité balanique. Le gland ainsi recouvert, et cette longueur du prépuce, deviennent souvent alors le siége d'une inflammation eczémateuse donnant lieu à un suintement séro-purulent continuel. Il y a quelque temps, je fus commis par la justice pour examiner un vieillard accusé de sévices sur une fille qui avait une uréthro-vaginite des plus intenses. Cet homme était dans les conditions que je viens d'indiquer. Après un examen très attentif de sa verge, et devant l'existence de l'uréthrite de la femme, je n'hésitai pas à l'innocenter de la contagion : la suite de l'instruction et les aveux de la jeune fille prouvèrent que j'étais dans le vrai, et que la maladie était due à un autre individu affecté d'une blennorrhagie uréthrale suraiguë au moment où elle avait eu des rapports avec lui.

Une conséquence assez fréquente du phimosis accidentel ou du phimosis congénital passé momentanément à l'état inflammatoire, c'est la rétention du pus à la couronne du gland, où, par le manque d'issue, il forme une sorte d'abcès qui dans quelques cas s'écoule par l'ouverture naturelle, mais qui peut aussi se faire jour à travers le prépuce, en le perforant de dedans en dehors. Il n'est pas rare de voir le gland tout entier s'échapper par cette ouverture, et faire cesser ainsi instantanément tous les symptômes d'étranglement.

L'induration du prépuce, principalement au niveau du frein, est une des suites de l'état aigu. Cette espèce d'œdème dur persiste parfois longtemps après la guérison de la blennorrhagie ; elle peut mettre obstacle à la sortie libre de l'urine, elle peut rendre les érections douloureuses, et nous avons vu des malades en être gênés dans le coït. C'est évidemment là le phimosis squirrheux admis par Astruc.

Le traitement du phimosis inflammatoire est tout antiphlogistique, le même, par conséquent, que celui de la blennorrhagie aiguë : les boissons rafraîchissantes, les bains entiers, les bains locaux émollients, auxquels on ajoutera les injections sous-préputiales.

Autant dans le phimosis résultant d'une balano-posthite ulcéreuse, les cautérisations au nitrate d'argent solide ou liquide sont

avantageuses, autant ici il faut s'en abstenir dans la crainte de voir les symptômes de l'étranglement augmenter.

Quant à l'emploi du bistouri, ce n'est que dans le cas d'une inflammation extrême qui peut faire craindre une terminaison par gangrène, qu'on doit y avoir recours ; et si je suis d'avis d'opérer promptement dans la balano-posthite sans blennorrhagie, je crois au contraire qu'ici il faut savoir temporiser, puisque presque toujours les émollients suffiront pour apaiser l'orage inflammatoire. Mais cette période passée, si l'on a affaire à un phimosis congénital, ou si l'ouverture du prépuce n'était pas revenue à sa largeur normale, comme par exemple dans le cas signalé d'induration indolente, l'opération est indiquée pour éviter toute chance de récidive ; mais alors c'est l'ablation complète de tout le prépuce, c'est la circoncision qu'il faut faire. L'incision unique ou les débridements multiples me paraissent un simple palliatif pendant la période aiguë, et une difformité disgracieuse et gênante après la guérison.

Paraphimosis. — Le paraphimosis est l'affection dans laquelle le prépuce, porté par une cause quelconque en arrière du gland, ne peut plus être ramené sur cet organe. Il est accidentel, c'est-à-dire indépendant de tout état morbide préexistant, ou bien il est symptomatique d'une altération quelconque de l'urèthre, du gland ou du prépuce.

Le paraphimosis accidentel s'observe ordinairement chez les sujets affectés de phimosis congénital, qui découvrent le gland avec violence ; on le rencontre aussi quelquefois chez les hommes qui ont le prépuce étroit, qui découvrent difficilement, et qui se livrent au coït avec des femmes dont les parties génitales sont très resserrées ; chez ceux qui laissent trop longtemps le gland à découvert.

Le paraphimosis symptomatique n'est le plus souvent qu'une complication de la blennorrhagie, de la balano-posthite ou de la présence de chancres. Ces causes ne sont cependant pas les seules qui puissent se produire : un ulcère simple, un cancroïde du gland, des végétations, etc., en augmentant le volume du gland ou en amenant l'inflammation de cet organe, agissent de la même façon.

Quelle que soit la cause qui a amené le paraphimosis, il faut le considérer comme un accident sérieux, plus grave que le phimosis, parce que, en mettant un obstacle à la circulation du sang dans le gland, il peut en amener rapidement le gonflement, l'inflammation et même la gangrène, si l'étranglement est poussé à l'extrême. Cependant, comme le phimosis, il offre plusieurs variétés. On peut le distinguer en inflammatoire et en indolent ou œdé-

PLANCHE IV.

PARAPHIMOSIS.

Fig. 1. — *Paraphimosis œdémateux simple, datant de deux jours.*

Il n'y a ni chancres, ni blennorrhagie, ni balano-posthite ; le paraphimosis est survenu à la suite d'excès de coït. La peau de la verge et le prépuce sont œdématiés ; l'étranglement siége assez loin derrière la couronne du gland, à peu près au niveau du sommet du prépuce renversé, et formé par le limbe B, qui s'est porté en arrière, laissant au-devant de lui la muqueuse, A, qui est infiltrée et forme un bourrelet au devant du point d'étranglement. Cette forme de paraphimosis est la plus commune chez les sujets qui n'ont pas de phimosis congénital.

Fig. 2. — *Paraphimosis compliqué de chancres.*

Exemple de paraphimosis consécutif à l'inflammation du prépuce chez un sujet bien conformé.

C'est à la suite d'un effort violent pour ramener le prépuce en arrière que l'étranglement s'est produit. Pour la forme, ce paraphimosis se rapproche beaucoup du précédent. Au point A on remarque le bourrelet muqueux en arrière duquel est l'étranglement par le limbe. La verge est œdématiée et contournée sur elle-même ; il n'y a pas ulcération de la peau.

Pl. 4.

Fig. 1.

B

A

Fig. 2.

A

B

vesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

mateux, mais ce dernier est plus rare et infiniment moins grave.

Lorsque le paraphimosis aigu a lieu, le gland se tuméfie, devient rouge violacé. La muqueuse qui forme le repli balano-préputial s'infiltre, se gonfle et forme en arrière du gland un bourrelet, derrière lequel on voit une scissure profonde qui correspond au point de l'étranglement.

La tuméfaction se propage à la peau de la verge, et cet organe se contourne en spirale ou se coude au niveau de l'étranglement, de manière à prendre les aspects les plus bizarres. Quelquefois il y a deux lignes qui indiquent l'étranglement : la première, formée par l'œdème de la muqueuse ; la seconde, par le limbe du prépuce.

Ces deux formes dépendent de ce que le paraphimosis ne se produit pas toujours de la même manière. Tantôt, en effet, et c'est le plus ordinaire, le prépuce tout entier se renverse et se déroule sur le gland, comme cela a lieu à l'état normal dans l'action de découvrir, de façon que le limbe se trouve être la partie la plus éloignée du gland et la plus rapprochée de la portion moyenne de la verge. Il peut y avoir alors deux étranglements, l'un situé assez haut par le limbe, l'autre à la couronne même du gland par inflammation de la base du prépuce, et entre les deux un œdème considérable.

Dans la seconde forme, le prépuce ne s'est pas renversé, le limbe lui-même a glissé sur le gland, s'est arrêté à la couronne, où il produit une constriction énergique qu'il est bien difficile de surmonter. Dans cette espèce, le gland est plus directement étranglé, il l'est à la couronne même ; aussi la circulation y est-elle plus promptement ralentie.

Si l'on ne réduit pas immédiatement le paraphimosis, l'inflammation s'empare des parties, et deux choses peuvent arriver : ou bien l'anneau constricteur s'ulcère et l'étranglement diminue ; ou bien encore la circulation étant interrompue dans le gland, cet organe se gonfle, s'enflamme, se mortifie. Ces accidents s'observent surtout dans le paraphimosis très inflammatoire. Dans la variété seulement œdémateuse, les choses se passent d'une façon moins sérieuse : il y a ordinairement peu d'inflammation ; le gonflement siége plus spécialement sur la moitié inférieure du prépuce, au niveau du frein, et forme ainsi au-dessous du gland une tumeur due à l'amas de sérosité, quelquefois demi-transparente, molle, non douloureuse, sans changement de coloration de la peau ; l'étranglement n'occupe pas toute la circonférence de la verge, comme dans le précédent, mais seulement la moitié supérieure ; cet étranglement est rarement porté à un très haut degré. Le paraphimosis indolent est plus commun chez les individus dont le prépuce est court ; il se manifeste lentement à la suite d'une lymphite ou

PLANCHE V.

PARAPHIMOSIS.

Fig. 1. — Paraphimosis datant de plusieurs jours, avec ulcération profonde, A, tendant à la gangrène de l'étranglement formé par le limbe B. Œdème érysipélateux du frein et de la partie inférieure du prépuce.

Fig. 2. — Paraphimosis datant aussi de plusieurs jours, avec inflammation et suppuration abondante, A, du siége de l'étranglement ; déformation extrême de la verge. Œdème considérable du prépuce renversé, B, s'étendant à tout le fourreau.

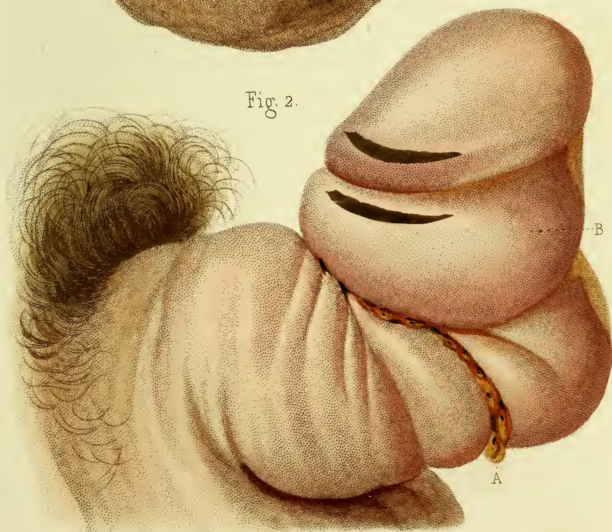
Pl 5.

Fig. 1.

A

B

Fig. 2.



Davesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

d'une blennorrhagie. Il n'est pas susceptible d'amener les mêmes accidents que le précédent, et s'il les produit, ils sont bien moins immédiats.

Quels que soient la forme du paraphimosis et le degré d'irritation qui l'accompagne, il faut chercher à le réduire ; mais il faut prendre quelques précautions lorsqu'il y a déjà un peu d'ulcération du limbe ou que l'œdème est considérable : avant de faire des tentatives de réduction, il est bon de malaxer entre les doigts la partie tuméfiée, et de faire refluer la sérosité au delà de l'étranglement ; par ce moyen on diminuera aussi le volume du gland. On peut avec avantage commencer par entourer la verge d'une compresse trempée dans l'eau froide, avant d'exercer sur elle les pressions nécessaires.

Pour réduire, on prend la verge dans la main gauche, en arrière du point étranglé ; on attire la peau autant que possible du côté du gland, tandis qu'avec les doigts de la main droite on comprime cet organe et on le repousse en arrière.

Le procédé qui me paraît infiniment meilleur, et qui me réussit presque toujours, est celui qui consiste à saisir la verge entre l'index et le médius de chaque main, à attirer à soi l'organe pendant qu'avec les deux pouces on presse sur le gland de la base au sommet. Il faut toujours agir lentement, ne pas vouloir brusquer la réduction, et n'employer une force un peu énergique que lorsque l'on sent que la couronne commence à s'engager sous l'étranglement.

Ces manœuvres ne réussissent pas toujours : on a proposé, pour arriver plus facilement, d'enduire le gland d'huile d'amandes douces avant d'en opérer la réduction. C'est un moyen qu'on peut essayer dans les cas difficiles, mais qui a cependant l'inconvénient de faire trop facilement glisser la verge entre les doigts de l'opérateur.

Quand la réduction a été obtenue, tous les accidents cessent rapidement ; il suffit alors de faire sur la verge quelques applications de compresses d'eau froide pour calmer l'irritation causée par la contusion inévitable des parties.

Dans les cas où l'inflammation est très vive, où le gonflement est très considérable, on a conseillé d'attendre et de faire sur la verge des fomentations émollientes, d'appliquer des sangsues, mais tous ces moyens sont presque toujours insuffisants pour faire diminuer l'étranglement. Nous préférons avoir recours à la pratique qui consiste à faire plusieurs ponctions sur la partie tuméfiée, afin d'évacuer la sérosité, à entourer la verge de compresses d'eau froide, et à tenter ensuite la réduction.

Si après plusieurs tentatives la réduction ne se fait pas, si sur-

tout il y a une inflammation très vive, des ulcérations étendues, et à plus forte raison s'il y a imminence de gangrène, ou que des eschares sont déjà produites, il faut cesser tout effort et avoir recours au bistouri.

Plusieurs modes d'opérer sont en usage. Quelquefois on se contente de faire sur l'obstacle constricteur des débridements multiples ; mais cette pratique a l'inconvénient de laisser sur le limbe du prépuce, des cicatrices, qui, une fois la réduction faite peuvent en resserrer beaucoup l'ouverture, et donner lieu à un phimosis, alors que le malade n'en avait pas avant l'opération.

M. Malgaigne, persuadé que la difficulté de la réduction est due à l'épanchement plastique qui se fait dans le tissu cellulaire sous-préputial, et aux adhérences qui en résultent, conseille d'introduire sous la peau de la verge, entre l'enveloppe fibreuse des corps caverneux et la face profonde du derme, un bistouri à lame mince, de détruire par deux incisions latérales sous-cutanées les adhérences que cette membrane a contractées avec les parties sous-jacentes, et de réduire ensuite comme je l'ai indiqué. Mais ce procédé est rarement applicable ; il détermine quelquefois un épanchement sanguin considérable sous le fourreau de la verge. Aussi je préfère de beaucoup pratiquer tout de suite l'opération suivante, qui a l'avantage de faire cesser l'étranglement et de prévenir la formation d'un phimosis ultérieur. On incise sur la ligne médiane le bourrelet œdémateux qui borde la couronne du gland ; on introduit ensuite sous le limbe du prépuce un bistouri à lame étroite, en ayant soin de faire pénétrer la lame jusqu'à une distance de la bride égale à la longueur du gland ; on traverse la peau, on l'incise d'arrière en avant jusqu'au limbe ; on termine l'opération par la section de quelques brides celluleuses qui ont échappé au bistouri, et, si faire se peut, des deux lambeaux du prépuce qui résultent de l'incision.

Ce procédé, qui appartient à M. Ricord, est certainement le meilleur à employer pour le paraphimosis irréductible. On lui a reproché de favoriser dans les cas de chancres l'inoculation de la plaie, mais il a cela de commun avec tous les autres, même avec l'incision sous-cutanée de M. Malgaigne.

Il arrive parfois que le grand développement qu'a pris le gland empêche l'introduction de la lame du bistouri sous l'étranglement. On peut alors inciser directement sur l'anneau constricteur de haut en bas, et prolonger ensuite l'incision dans toute l'étendue du prépuce que l'on veut débrider.

Lymphite. — L'inflammation des vaisseaux lymphatiques de la verge est une complication assez fréquente de la blennorrhagie.

C'est ordinairement le réseau lymphatique du gland et du prépuce qui est le point de départ de l'inflammation, ce n'est que consécutivement que les gros troncs du dos de la verge se tuméfient.

La lymphite débute en général dès les premiers jours de la chaudepisse, lorsque l'inflammation uréthrale est encore bornée à la portion balanique du canal. Elle est annoncée par une douleur plus vive du gland qui devient turgescent et sensible à la pression, par des érections plus fréquentes, une sensation de démangeaison vers la couronne du gland et sous le prépuce. La verge se tuméfie, la peau du prépuce s'infiltre de sérosité, prend une teinte légèrement rosée, quelquefois même conserve sa coloration normale; la peau de la verge présente des bosselures qui donnent à l'organe un aspect noueux ; au niveau de ces nodosités on remarque des plaques rougeâtres quelquefois disposées suivant des lignes divergentes qui s'étendent du prépuce aux régions inguinales, suivant le trajet des troncs lymphatiques. Lorsque l'œdème est général, il augmente considérablement le volume de la verge; souvent il reste partiel et donne au pénis des formes très variées.

Les douleurs occasionnées par cet accident ne sont pas très violentes. Le toucher même n'est pas très douloureux, à moins de complication érysipélateuse.

Si l'on cherche à saisir entre les doigts la peau du dos de la verge, on trouve dans son épaisseur plusieurs cordons durs, douloureux, noueux, formés par des vaisseaux lymphatiques. La pression au niveau du ligament suspenseur de la verge détermine constamment une douleur vive ; les ganglions inguinaux sont plus sensibles et plus volumineux. Quelquefois même ils s'enflamment, et l'on voit se développer des bubons.

L'irritation de la verge par des pansements mal faits, la malpropreté, les injections intempestives ou trop concentrées, le cathétérisme, les excès de coït, l'abus des liqueurs alcooliques au début d'une blennorrhagie, sont autant de causes qui peuvent favoriser le développement de cet accident.

La lymphite est facile à reconnaître aux symptômes que je viens d'indiquer, cependant on l'a longtemps confondue avec la phlébite de la veine dorsale du pénis. Outre que cette dernière affection est très rare, surtout comme complication de l'uréthrite, on évitera l'erreur, en se rappelant que dans la lymphite la rougeur est par plaques ou formée des traînées irrégulières souvent interrompues qui se dirigent vers les ganglions ; qu'il y a ordinairement plusieurs cordons indurés, tandis que dans la phlébite la rougeur forme une ligne droite qui correspond à un cordon unique.

La lymphite se termine ordinairement par résolution, mais quel-

PLANCHE VI.

LYMPHITE ET ABCÈS.

Fig. 1. — *Lymphite.*

Exemple de blennorrhagie aiguë compliquée d'inflammation des lymphatiques du fourreau de la verge.

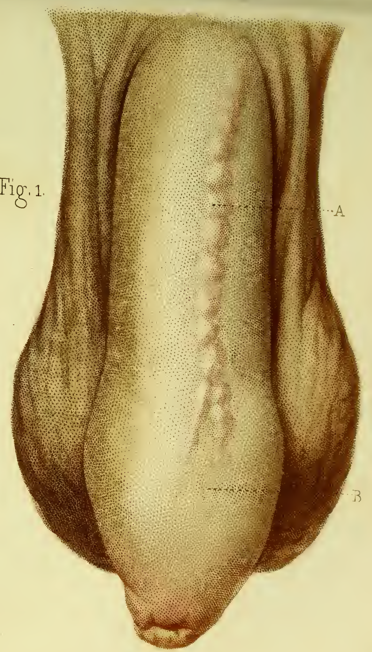
Le prépuce tuméfié recouvre entièrement le gland, et forme un phimosis œdémateux accidentel.

Sur le dos de la verge on remarque plusieurs traînées rouges qui se dirigent vers les ganglions de l'aine. En pressant la peau entre les doigts, on trouve à la face dorsale et sur la ligne médiane un cordon noueux formé par les lymphatiques enflammés, A, B.

Les ganglions inguinaux sont tuméfiés et douloureux.

Fig. 2. — *Abcès phlegmoneux de l'urèthre.*

La tumeur, A, siége à la face inférieure du pénis, près de la racine des bourses; elle est dure, volumineuse, douloureuse au toucher, semi-fluctuante au centre. Le malade est atteint d'une blennorrhagie subaiguë, B, datant de vingt jours, et dont les symptômes inflammatoires ont été très violents au début.



Picard sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

quefois elle donne lieu à de petits abcès développés dans le vaisseau lymphatique lui-même ou dans le tissu cellulaire voisin. Lorsque l'inflammation est un peu forte et que le sujet est prédisposé, on voit souvent survenir un phimosis ou un paraphimosis. Le traitement antiphlogistique est celui qui convient le mieux contre cette affection. On prescrira des lotions émollientes d'abord, et ensuite résolutives, sur la verge, des injections de même nature sous le prépuce, s'il y a phimosis, des grands bains. Ici encore je n'approuve pas les cataplasmes ni les bains de siége. Si l'inflammation est un peu vive, si surtout il y a de la tension dans les ganglions inguinaux, une application de sangsues dans les aines donnera un excellent résultat : la lymphite n'étant en définitive qu'un accident de l'inflammation uréthrale, c'est contre cette dernière que les soins doivent surtout être dirigés. Il est de sage précepte, lorsque la lymphite amène la formation d'abcès, de donner issue au pus aussitôt que le ramollissement se fait sentir, afin d'éviter les infiltrations et les décollements toujours si faciles du tissu cellulaire de la verge. Ce qui est plus difficile à empêcher, c'est la formation de fistules qui de la peau s'étendent jusqu'au vaisseau lymphatique qui a suppuré. Ces fistules persistent quelquefois pendant très longtemps, et ce n'est souvent que par l'excision qu'on peut en obtenir la guérison.

Adénite. — La lymphite est certainement la cause la plus fréquente de l'adénite qui accompagne la blennorrhagie aiguë : sans doute il y a souvent, au début d'une uréthrite tant soit peu intense, un retentissement inflammatoire dans les ganglions inguinaux, mais il n'est que passager, et il détermine seulement un peu de tension et de douleur au toucher et pendant la marche. Le repos et les émollients locaux ou généraux en font promptement justice. Je crois qu'il serait bien difficile de compter quelques cas de suppurations ganglionnaires dans ces circonstances. Mais l'adénite prend un caractère plus sérieux lorsque l'inflammation a frappé de proche en proche le ganglion par la progression de la lymphite; le plus souvent elle est unique et d'un côté seulement, quelquefois un ou plusieurs ganglions des deux côtés sont envahis. Ils prennent alors un plus grand développement, sont plus sensibles à la pression, et ils ont plus de tendance à passer au ramollissement. Ce sont ces adénites qui ont fait admettre par quelques auteurs le bubon blennorrhagique par absorption du muco-pus uréthral, l'analogue, par conséquent, de celui du chancre; mais quand on y regarde de près, il est facile de se convaincre que ces adénites sont toujours accompagnées ou précédées d'une inflammation lymphatique de la verge, ce dont on peut s'assurer en suivant les

cordons durs et noueux qui du fourreau se dirigent vers les aines, et qu'on sent quelquefois même se perdre dans les ganglions, jusqu'où on peut les suivre. L'adénite, comme accident blennorrhagique, n'a rien de spécial et n'offre pas d'indication particulière ; elle doit être traitée comme une inflammation franche. Le repos, les bains, les applications émollientes, suffisent en général pour la faire disparaître, et elle guérit à mesure que se modifie la cause qui lui a donné naissance, c'est-à-dire la lymphite ; mais quelquefois aussi il faudra un traitement plus énergique, et des sangsues devront être appliquées sur le siége même du mal. Si le bubon s'abcède, la conduite à tenir ne diffère en rien de celle employée contre les collections purulentes ganglionnaires ou celluleuses simples.

Abcès de l'urèthre. — L'inflammation blennorrhagique, qui se borne ordinairement aux couches les plus superficielles de la muqueuse, franchit quelquefois les limites de cette membrane et se propage au tissu cellulaire péri-uréthral ou aux glandes de l'urèthre ; il en résulte de petits abcès qu'on peut diviser en deux espèces : 1° abcès phlegmoneux ; 2° abcès glandulaires (follicules de Morgagni, glandes de Cowper).

Les abcès phlegmoneux occupent la face inférieure de la verge, sur le trajet de l'urèthre, et principalement le voisinage de la fosse naviculaire ; ils présentent, du reste, quelques caractères spéciaux suivant leur siége précis. Au niveau de la région balanique ils se traduisent à l'extérieur par une tumeur plus ou moins considérable située sur un des côtés du frein ; quelquefois ils sont bilobés et font de chaque côté une saillie de la grosseur d'une noisette, sur laquelle la muqueuse du prépuce est lisse, rouge et tendue : cette petite tumeur est très douloureuse et fluctuante dès les premiers jours de son apparition.

Dans la région pénienne les abcès phlegmoneux sont moins bien circonscrits, plus volumineux et plus diffus. Ils donnent à la verge des formes très variables ; ils ne suivent pas tout à fait la même marche que les précédents, ils se rapprochent davantage des phlegmons ordinaires ; ils ne se terminent pas toujours par suppuration.

La résolution s'observe assez fréquemment, même lorsqu'il y a déjà un commencement de fluctuation. Ces abcès s'ouvrent tantôt à l'intérieur de l'urèthre, plus souvent à l'extérieur. Lorsqu'ils communiquent avec l'urèthre, ils peuvent donner lieu à des fistules urinaires ; aussi doit-on les ouvrir aussitôt que la fluctuation est manifeste, afin d'éviter la destruction de la muqueuse.

Les abcès phlegmoneux de l'urèthre ont une grande tendance

à la guérison, et en général un ou deux jours après leur ouverture il n'en reste plus de traces. Cependant ceux qui occupent la région pénienne laissent assez souvent après eux une induration qui persiste longtemps après la guérison complète, et il n'est pas rare même de trouver chez les malades, dans le point qui a été le siége de l'abcès, une petite tumeur solide, très dure et tout à fait indolente, qui paraît adhérente à la paroi inférieure de l'urèthre. Cette tumeur est due à un peu d'épanchement de lymphe plastique dans le tissu cellulaire, elle finit par disparaître d'elle-même. Les abcès glandulaires offrent deux variétés. Les uns ont pour point de départ les follicules muqueux de la région pénienne, et forment à la surface inférieure de la verge de petites tumeurs arrondies du volume d'un pois ou d'une noisette, qui sont attachées à l'urèthre par un pédicule très grêle. Ces tumeurs restent longtemps indolentes et mobiles sous la peau; elles s'accroissent très lentement, s'enflamment; contractent des adhérences avec la peau, qui devient rouge à leur niveau, et se transforment en abcès : mais elles peuvent rester longtemps, plusieurs mois, une année, même plus, sans arriver à suppuration; elles sont alors dures, élastiques comme un kyste ou une tumeur solide. Ces petits abcès se forment à la manière des loupes, par oblitération de l'orifice uréthral du follicule, accumulation dans son intérieur du produit morbide et distension de ses parois. Ils n'offrent pas les mêmes dangers que ceux du tissu cellulaire , ils n'ont pas de tendance à s'ouvrir dans l'urèthre. On les a souvent confondus avec des tumeurs de tout autre nature, à cause de leur chronicité.

Pour en obtenir la guérison, il suffit de les inciser comme les abcès simples, mais il vaut mieux encore pratiquer l'excision d'une partie du kyste.

La seconde variété a pour siége les glandes de Cowper, ou le tissu cellulaire qui les entoure ; elle est plus rare que les précédentes. Elle offre des caractères assez particuliers, et elle est assez peu connue pour mériter une description spéciale.

Inflammation des glandes de Méry ou de Cowper. — Cowpérite. — C'est un accident très rare de la blennorrhagie, et qui mérite cependant une description minutieuse, parce qu'il est souvent méconnu.

Les glandes de Méry ou de Cowper sont deux petites glandes du volume d'un noyau de cerise, situées au-dessous de la portion membraneuse de l'urèthre, entre le bulbe et le muscle transverse du périnée ; de chaque côté de la ligne médiane elles sont recouvertes en partie par les fibres du muscle de Wilson. Ce sont les glandes les plus volumineuses de l'urèthre, après la prostate ; ce

qui leur avait fait donner le nom de *petites prostates* par Winslow. Elles n'ont cependant aucune analogie avec cette dernière, ni par leur structure, ni par le liquide qu'elles sécrètent ; elles sont composées d'un certain nombre d'acini réunis par du tissu cellulaire, et s'ouvrant tous dans un conduit principal qui traverse le tissu du bulbe, rampe quelque temps sous la muqueuse de l'urèthre, et vient s'ouvrir sur le côté de la ligne médiane par un orifice à peine visible à l'œil nu. Ces glandes sécrètent une espèce de mucus filant qui servirait, d'après M. Ricord, à lubrifier le canal et à favoriser sa distension pendant l'érection. Elles offrent plus de ressemblance avec les glandes de Bartholin, si bien décrites par M. Huguier.

L'étude des inflammations des glandes de Cowper n'est pas entièrement nouvelle. Cowper pensait que la blennorrhagie était due à l'inflammation chronique de ces glandes. J.-L. Petit a décrit les abcès dont elles sont le siége ; Littre. Swediaur, en ont fait une espèce de blennorrhagie (blennorrhagie glanduleuse).

Les auteurs du *Compendium de médecine* en ont donné une description détaillée. M. Ricord les a étudiées avec soin sur le malade, et M. le docteur Gubler en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, qui est le travail le plus complet qui ait été fait sur cette maladie.

L'inflammation des glandes de Cowper peut se présenter sous deux formes : la forme aiguë et la forme chronique. La première est la plus fréquente ; elle commence par le tissu glandulaire. M. Ricord lui donne le nom de *phlegmoneuse* ; Lallemand l'appelle *parenchymenteuse*. La première dénomination nous paraît préférable, car l'inflammation ne reste pas longtemps limitée à la glande; elle s'étend très vite à l'atmosphère celluleuse qui l'entoure, et peut même gagner les tissus voisins, comme nous le verrons en parlant des symptômes. Cette inflammation est du reste très rare ; à peine si l'on en voit deux ou trois par an dans les services de l'hôpital du Midi.

La forme chronique admise par les auteurs comme une cause de blennorrhée, est beaucoup moins commune encore, et pourrait même être révoquée en doute si l'expérience n'en avait démontré l'existence. M. Gubler, dans sa thèse, en cite une seule observation qui paraît cependant assez concluante. Il s'agit d'un malade chez lequel on a constaté tous les signes d'une inflammation aiguë des glandes de Cowper, et qui a présenté au bout de quelques jours un écoulement purulent de l'urèthre, qui a persisté pendant plusieurs semaines. On a pu s'assurer chez ce malade que le pus était réellement fourni par la glande de Cowper. J'ai été à même d'ob-

server quelques malades chez lesquels il était impossible de se refuser à admettre que l'écoulement uréthral chronique provenait d'une des glandes de Cowper, préalablement le siége d'une inflammation aiguë. Ces faits viendraient à l'appui des opinions de Swediaur, de Littre et de Cowper lui-même.

Cette inflammation reconnaît ordinairement pour cause une uréthrite intense, des excès de coït pendant la blennorrhagie, le cathétérisme, une violence exercée sur le périnée, l'équitation; c'est à tort qu'on l'a attribuée aux injections abortives. Elle ne porte en général que sur une seule glande ; celle du côté gauche en serait plus souvent affectée, suivant Morgagni et M. Ricord. On ne saurait expliquer cette préférence de l'inflammation pour un côté plutôt que pour l'autre.

Ce n'est pas au début de la chaudepisse qu'on observe la cowpérite, mais vers la troisième ou la quatrième semaine, c'est-à-dire à peu près à la même époque que l'épididymite, lorsque l'inflammation blennorrhagique occupe la portion membraneuse de l'urèthre. Ce fait seul suffirait pour faire exclure l'idée de la métastase ou de la sympathie qu'on a également invoquée pour expliquer le mécanisme de son développement.

L'inflammation se manifeste au début par une douleur vive en arrière des bourses, qui s'exaspère par la marche, les mouvements, le frottement du pantalon et par la pression. Cette douleur est bientôt accompagnée d'une légère tuméfaction sans changement de couleur de la peau, qui reste souple et mobile. Si l'on explore la région , on trouve profondément une petite tumeur, allongée, ovoïde, pyriforme, oblique d'avant en arrière, de la grosseur d'un haricot, située sur un des côtés du raphé médian, en arrière du bulbe et au devant de la ligne bi-ischiatique du périnée.

Au bout de deux ou trois jours cette tumeur augmente, devient ronde, résistante, difficile à circonscrire ; la peau qui la recouvre rougit, contracte des adhérences ; la tumeur se ramollit, devient fluctuante, et si l'on ne donne pas issue au pus qu'elle renferme, la peau s'ulcère. A cette époque, l'inflammation ne reste pas longtemps circonscrite, elle se propage au tissu cellulaire sous-cutané et au scrotum du côté correspondant ; rarement elle se porte en arrière du côté de l'anus. Cette maladie n'amène jamais une réaction générale bien vive, mais elle peut occasionner des troubles fonctionnels. J.-L. Petit et Swediaur rapportent des cas de rétention d'urine par suite de la suppuration de ces glandes. M. Gubler ne l'a jamais observée, et il pense que dans les cas où il y a dysurie, il faut en rechercher la cause ailleurs: ce sera une cystite du

col ou une prostatite. Cette opinion est aussi celle de M. Ricord.

Je ne serai pas aussi exclusif, et je croirais au contraire très volontiers, bien que je ne l'aie jamais observé dans les cas de cowpérite qui m'ont passé sous les yeux, que l'inflammation peut être assez considérable pour gonfler les parties voisines au point de gêner le passage de l'urine.

L'abcès qui résulte de cette inflammation s'ouvre ordinairement à l'extérieur; cependant M. Gubler cite un cas dans lequel il s'est vidé dans l'urèthre, et a donné lieu à un écoulement qui a persisté assez longtemps.

Lorsqu'on pratique l'ouverture de l'abcès, il s'écoule du pus phlegmoneux mêlé d'une petite quantité de sang ; la poche qui contient le pus est ordinairement cloisonnée et très profonde ; le stylet peut pénétrer de quelques centimètres dans son intérieur. Après l'ouverture de l'abcès, tous les symptômes inflammatoires disparaissent rapidement et la cicatrisation s'opère promptement ; mais il reste pendant longtemps un noyau d'induration à la place occupée par la tumeur.

Quelques auteurs ont prétendu que les abcès des glandes de Cowper exposaient moins que les autres aux infiltrations urineuses, à cause de l'espèce de coque cellulo-fibreuse qui entoure la glande; mais cette opinion n'est pas exacte. Les auteurs anciens parlent de la possibilité de ces infiltrations, et M. Gubler en rapporte des exemples.

La marche de ces abcès est rapide, ils arrivent très vite à suppuration : leur durée est de sept à dix jours quand ils ont été ouverts artificiellement; elle est plus longue lorsqu'ils s'ouvrent naturellement. On peut les confondre avec un certain nombre de tumeurs qui se développent au périnée, avec les abcès urineux et les phlegmons simples : on évitera l'erreur en se rappelant que la cowpérite survient chez les sujets atteints de blennorrhagie, qu'elle est située immédiatement en arrière du bulbe, sur un des côtés du raphé, souvent à gauche ; on pourrait encore s'aider du cathétérisme pour mieux préciser le diagnostic. M. Gubler rapporte un cas de tumeur gommeuse du périnée qui a pu en imposer pendant quelques jours pour un abcès des glandes de Cowper. M. Ricord cite un fait plus intéressant encore dans lequel une cowpérite a été prise pour une inflammation des corps caverneux. On évitera facilement ces erreurs en se rappelant les notions anatomiques, et en analysant la marche des symptômes.

Les abcès des glandes de Cowper ne sont pas graves en général. Quand on les reconnaît à leur début, il faut employer les antiphlogistiques, faire appliquer des sangsues au périnée, recouvrir

la tumeur de cataplasmes émollients, faire des frictions avec l'onguent mercuriel belladoné; mais, il faut le dire, on obtiendra rarement la résolution. On doit alors ouvrir l'abcès de très bonne heure, dès que le ramollissement est constaté, pour éviter les accidents que j'ai signalés, et surtout le passage de l'urine dans la poche purulente, et l'infiltration qui peut s'ensuivre, si l'abcès s'ouvre à l'intérieur du canal de l'urèthre.

Rupture du canal. — Hémorrhagie uréthrale. — Nous avons vu dans la description des symptômes que l'inflammation blennorrhagique ne restait pas toujours bornée à la muqueuse, que dans certains cas elle s'étendait au tissu spongieux de l'urèthre et lui donnait une rigidité qui a fait donner à la chaudepisse le nom de *cordée* : c'est dans ces cas que surviennent les hémorrhagies. Lorsque les tissus sont ainsi tuméfiés, il suffit d'une érection violente, d'un excès de coït ou d'une excitation un peu vive, pour amener la rupture du canal; mais le plus ordinairement c'est par suite d'une violence exercée volontairement sur la verge dans le but de rompre la corde que les hémorrhagies ont lieu. J'ai indiqué les procédés barbares que les malades emploient, je n'y reviendrai pas. L'hémorrhagie qui en est la conséquence est généralement peu grave, elle soulage momentanément et s'arrête d'elle-même; la petite plaie de l'urèthre se cicatrise et tout se borne là. Mais si la déchirure du canal a été très étendue, ou si l'on a affaire à des sujets lymphatiques, ou chloro-anémiques, chez lesquels le sang a perdu sa plasticité, il peut arriver que l'hémorrhagie prenne un caractère inquiétant, et que le chirurgien soit obligé d'intervenir. Dans certains cas l'écoulement est très abondant et difficile à arrêter, il faut alors employer les lotions et les applications froides, l'eau, la glace, les injections astringentes. Celles au perchlorure de fer, à la dose de 1 ou 2 grammes pour 100 d'eau, sont les plus efficaces. Chez quelques malades le sang s'accumule dans l'urèthre, y forme un caillot, et détermine une rétention d'urine; on devra, dans ces cas, pratiquer le cathétérisme avec une sonde ou une bougie flexible. Les hémorrhagies suite de la rupture de l'urèthre n'occasionnent ordinairement pas d'autres accidents; cependant si la déchirure est un peu étendue, si elle comprend toute l'épaisseur du canal, le sang peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire de la verge, l'urine même peut y pénétrer, et l'on comprend facilement les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter. Enfin il faut ajouter encore la production des rétrécissements du canal par suite de la cicatrice de la plaie uréthrale ou de l'épanchement plastique qui se fait autour d'elle. Il y a quelques années, j'ai été appelé à donner des soins à un jeune homme qui,

souffrant beaucoup d'une chaudepisse cordée, s'était fait donner par un de ses amis un coup violent sur la verge; il s'ensuivit une hémorrhagie qui céda au bout de quelques heures à des applications locales froides et à quelques injections avec de l'eau vinaigrée ; mais le lendemain, pendant une érection, le sang repartit avec abondance et continua de couler, malgré l'emploi des mêmes moyens. Lorsque je vis le malade, il était pâle, décoloré, le pouls très faible : l'hémorrhagie durait depuis six heures. Des injections au perchlorure de fer ayant été convenablement faites sans résultat, j'introduisis avec précaution une sonde de gomme d'un gros calibre dans la vessie, et j'établis une légère compression à l'extérieur de la verge. Le sang s'arrêta, mais par précaution je maintins la sonde à demeure pendant quelques jours; ce qui probablement prévint l'infiltration urineuse qui aurait pu être la conséquence de la plaie du canal de l'urèthre.

Il est une hémorrhagie uréthrale infiniment moins grave que la précédente, qui appartient aussi à la période aiguë de la blennorrhagie, sans que celle-ci soit cordée : c'est l'exsudation, la transsudation sanguine, qui n'est pas rare dans toutes les inflammations catarrhales en général, surtout chez les malades à diathèse hémorrhagique. Le sang est alors mêlé par stries au muco-pus, ou bien il y est dilué, ce qui donne à l'écoulement une couleur roussâtre, comme rouillée: ce peu de sang, qui souvent est l'indice d'un excès du malade n'a, par lui-même aucune gravité, et il cédera facilement à la médication employée pour le faire cesser. On devra se garder de le confondre avec l'hémorrhagie vésicale, soit du col, soit des parois mêmes de l'organe. Les caractères distinctifs en sont d'ailleurs faciles à saisir : le sang qui provient de l'exsudation de l'urèthre se mélange avec la matière de l'écoulement blennorrhagique; celui qui provient de la vessie est pur ou mêlé avec l'urine, et ne se fait voir que pendant la miction.

Le traitement de cette espèce d'uréthrorrhagie est des plus simples : les bains, les boissons acidulées prises en abondance en font justice; dans quelques cas exceptionnels, cependant, on est dans la nécessité de recourir à une application de sangsues qu'on devra faire de préférence au périnée. Les injections astringentes, dont j'ai parlé à propos de la perte de sang occasionnée par la déchirure du canal, non-seulement seraient inutiles dans le cas actuel, mais je suis persuadé qu'elles ne peuvent qu'augmenter la tendance hémorrhagique de la muqueuse.

Pénitis. — Induration des corps caverneux. — Sous le nom de *pénitis*, quelques auteurs décrivent l'inflammation de la verge dans laquelle l'organe tout entier prend un développement excessif;

cependant, comme alors presque toujours un symptôme prédomine, on peut avec de l'attention reconnaître si le point de départ a été un érysipèle, une lymphite ou un phlegmon. L'expression de pénitis est plus juste pour désigner l'inflammation du corps caverneux. A l'état aigu, cette inflammation est très rare ou du moins on la constate difficilement. Elle peut se confondre avec la lymphite, avec l'œdème ou avec le phlegmon. Elle a lieu dans les uréthrites très intenses où le tissu réticulaire prend part à la phlegmasie qui peut envahir successivement une portion plus ou moins considérable du corps caverneux.

Dans ce cas la région spongieuse de la verge est douloureuse à la pression, douloureuse surtout pendant l'érection ; mais comme cette douleur particulière se confond avec celle de l'uréthrite elle-même ou avec celle des inflammations extérieures, elle passe souvent inaperçue, cependant quand l'attention a été appelée de ce côté, on peut la reconnaître par le toucher.

Un des premiers symptômes de l'inflammation des corps caverneux, c'est le gonflement d'un des côtés de la verge dans une étendue variable, ce gonflement est fusiforme, peu développé, la douleur qu'il détermine est profonde et ne ressemble pas à celle de la pression de la verge affectée de lymphite ou d'un œdème érysipélateux. Elle se rapproche davantage de celle du phlegmon, et cela se conçoit, puisque dans l'un et l'autre cas il y a de l'étranglement.

Le pénitis aigu passe rapidement à l'état d'épanchement plastique qui s'organise et produit une induration dont le malade ne s'aperçoit le plus ordinairement que longtemps après qu'elle est formée.

Ce serait une erreur de croire que cette induration est toujours un produit inflammatoire, elle peut être le résultat d'un épanchement sanguin dans la rupture du canal de l'urèthre comme il s'en fait quelquefois dans la chaudepisse cordée, ou d'un traumatisme dans les contusions, la torsion de la verge à l'état de flaccidité et surtout pendant l'érection par la rupture de quelques aréoles du tissu spongieux. Quelle que soit la cause, le résultat est le même.

Les deux corps caverneux peuvent en être le siége, mais le plus ordinairement l'induration plastique n'a lieu que d'un seul côté.

Elle se manifeste sous formes de plaques, d'anneaux, de noyaux plus ou moins étendus qui occupent tantôt la partie la plus rapprochée de la symphyse du pubis, tantôt la partie voisine du gland, cette induration comprend quelquefois toute l'épaisseur de la verge et donne à cet organe des formes très différentes. Chez certains

sujets l'érection est incomplète, chez d'autres elle n'a lieu que dans une partie de l'organe. Si c'est la partie moyenne qui est indurée, la partie postérieure se gonfle, tandis que l'antérieure ne recevant plus de sang, dont le passage dans le corps caverneux est obstrué, reste molle. L'induration pouvant siéger dans des points différents et occuper une étendue très variable, les symptômes que l'on observe, sont aussi très variés. Ainsi, quand un seul côté est induré, la verge se recourbe à droite ou à gauche pendant l'érection. Si c'est la face dorsale, la verge forme un arc de cercle ouvert en haut, le gland se rapproche de la symphyse. Lorsqu'elle occupe la face inférieure, la concavité a lieu en sens inverse et le gland se rapproche du périnée. Si l'induration occupe à la fois les deux corps caverneux, la verge reste droite et n'offre qu'un changement de volume. Si l'induration a la forme d'un anneau et occupe la partie moyenne de la verge, l'érection ne se faisant qu'en arrière de cet anneau, la partie qui est au-devant reste molle et fait avec la première un angle aiguë qui donne à l'organe la forme d'un fléau. On comprend facilement les inconvénients qu'entraînent de pareilles difformités : aussi voit-on la plupart des malades qui en sont atteints, devenir tristes et sans cesse préoccupés de cette position, qui souvent gêne le coït et peut même l'empêcher complétement.

Les troubles fonctionnels que je viens de signaler sont à peu près les seuls symptômes qui caractérisent le pénitis avec induration des corps caverneux, et même dans les cas où l'induration occupe toute l'épaisseur de la verge, je n'ai jamais constaté qu'il y eût dans le canal de l'urèthre une dépression capable de gêner le cours de l'urine.

Lorsque l'inflammation blennorrhagique est la cause directe de cet accident, il se fait dans les aréoles du tissu caverneux un épanchement plastique qui les oblitère et qui les transforme en une masse dure, comme fibreuse, imperméable : dans ces cas, si la lésion est ancienne, la guérison est difficile, quel que soit le traitement que l'on fasse. Quand au contraire l'induration est le résultat d'un épanchement de sang, d'une rupture des aréoles, ou d'une apoplexie des corps caverneux, on peut espérer obtenir la résolution.

Si c'est une déchirure des corps caverneux et de leur enveloppe, il en résulte un tissu inodulaire presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

Le diagnostic de l'induration aiguë des corps caverneux est en général facile et on la distinguera des autres inflammations de la verge, si l'on se rappelle ce que j'en ai dit. Mais à l'état chronique elle est plus difficile à reconnaître, et elle pourrait être prise pour

toute autre chose, parce que souvent le malade n'a pu suivre la filiation qui existe entre une blennorrhagie dont il aura été affecté et la tumeur qu'il observe actuellement. Il faut ajouter que ce n'est pas toujours après les uréthrites les plus intenses, comme on pourrait le supposer, que l'on voit l'inflammation des corps caverneux. La maladie qui a le plus de ressemblance avec celle qui nous occupe est la production plastique, la gomme de la période tertiaire de la vérole qui a lieu quelquefois dans le tissu spongieux de la verge et qui est l'analogue des indurations des muscles, de la langue ou du cœur, dont on voit de beaux exemples dans l'*Iconographie* de M. Ricord et dans l'*Anatomie pathologique* de M. Lebert, épanchements plastiques étudiés avec soin par le professeur Bouisson et récemment par Virchow dans son livre sur la *Syphilis constitutionnelle*. La connaissance des antécédents syphilitiques du malade et l'étude exacte de leur évolution seront alors d'un grand secours pour faire reconnaître la nature de l'affection.

L'induration des corps caverneux est un accident qu'il ne faut pas négliger et dès qu'on l'a constaté, il est urgent d'agir.

L'état aigu réclame le traitement antiphlogistique le plus énergique, précisément parce qu'il faut prévoir son passage prompt et facile à l'induration. Pour peu que le sujet soit jeune et vigoureux, la saignée générale n'est pas à craindre, elle agira souvent plus efficacement que les sangsues ; si l'on préfère une perte de sang locale, ces dernières devront être appliquées dans les aines ou à la racine de la verge. A ces moyens il faut joindre les bains, les émollients de toutes sortes et promptement on devra arriver aux onctions mercurielles locales simples ou belladonées qui sont alors le résolutif par excellence. Quand l'induration existe depuis quelque temps et que tous les autres symptômes inflammatoires du côté de la verge ont cessé, c'est encore aux mêmes frictions résolutives qu'il faut avoir recours. Dans quelques cas je me suis très bien trouvé de l'application d'un vésicatoire sur la tumeur, vésicatoire que je fais panser avec de l'onguent mercuriel ou que je fais toucher avec la teinture d'iode. J'ai vu quelquefois aussi la compression locale donner de bons résultats, mais je dois faire remarquer que d'abord elle est assez difficile à faire exactement et ensuite qu'il est des malades qui ne peuvent absolument pas la supporter.

Quand l'induration des corps caverneux est due à un épanchement sanguin, le traitement local peut être suffisant pour en triompher, mais si c'est un produit plastique, la médication interne ne devra pas être négligée et c'est ici que l'emploi de l'iodure de potassium pourra devenir réellement utile.

Orchite blennorrhagique. — Cette complication de la blennorrhagie a été étudiée sous bien des noms différents, tels que : *Tumeur vénérienne des testicules ou testicule vénérien, inflammation des testicules, hernie humorale, chaudepisse tombée dans les bourses, épididymite, orchite, vaginalite.*

Dans son *Traité des maladies syphilitiques*, Swediaur consacre à sa description un chapitre entier, intitulé : *De l'affection du cordon spermatique et de l'épididyme, du gonflement des testicules.*

Hunter la décrit sous le nom d'*engorgement des testicules* et Boyer, sous celui d'*inflammation des testicules.*

Curling a fourni sur cette affection des détails intéressants qui se trouvent consignés dans son *Traité pratique des maladies du testicule.*

Plusieurs auteurs français ont produit des articles ou des mémoires importants sur la complication que nous étudions : Ainsi, M. Ricord, dans les *Notes de Hunter;* M. Velpeau, dans le *Dictionnaire* en 30 volumes; M. Gosselin, dans les *Archives de médecine*, MM. Gaussail et Aubry, enfin M. de Castelneau, dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*

Nous aurons aussi occasion de parler des travaux de MM. Marc d'Espine et de Rochoux.

Beaucoup de ces auteurs ont discuté pour savoir s'il faut employer le mot épididymite, orchite ou vaginalite. Nous ne les imiterons pas, persuadé que toute discussion à ce sujet serait évidemment stérile au point de vue pratique.

Tout le monde sait ce que l'on entend par orchite, et, quoique la dénomination d'épididymite soit peut-être plus exacte, nous conserverons le premier de ces noms. Nous ne voulons pas dire que nous rejetons complétement le mot épididymite; loin de là, dans le courant de cette étude, nous remplacerons souvent l'une par l'autre, les deux désignations orchite et épididymite.

Nature. Mécanisme. — Quelle est la nature de l'orchite? Comment se produit cette affection ?

Pour répondre à ces questions, on a invoqué plusieurs théories : la métastase, la sympathie et la propagation de l'inflammation par continuité de tissu.

Les partisans de la métastase admettent que l'inflammation est transportée brusquement de l'urèthre dans le testicule, sans passer par le canal déférent. Ils s'appuient sur la disparition complète ou la diminution de l'écoulement au début de l'orchite. Et d'abord, la disparition complète est très rare. Sur 73 cas d'orchites recueillis par M. Gaussail, l'écoulement a disparu chez quatre malades. Sur 58 cas, M. Aubry a noté aussi quatre fois la disparition des sym-

ptômes blennorrhagiques. Enfin, M. de Castelnau, sur 38 cas, a vu l'écoulement se supprimer une fois. De sorte que, sur ces 167 cas d'orchite, il y a eu seulement neuf fois disparition complète de l'écoulement. Mes observations concordent parfaitement avec les précédentes, aussi je ne crois pas que la suppression de l'écoulement puisse être invoquée comme un argument sérieux de la métastase. Ce phénomène vient au contraire donner plus de force à la théorie de la propagation par continuité de tissu. En effet, dans sa marche régulière, l'inflammation envahit des parties de l'urèthre de plus en plus profondes ; pourquoi donc ne pas admettre que dans certains cas elle abandonne l'urèthre, pour se réfugier dans le testicule, en passant par le canal déférent?

La diminution de l'écoulement n'est pas non plus un argument sérieux en faveur de la métastase. Sans doute, quand l'orchite commence, le plus souvent l'écoulement s'affaiblit, les symptômes de la blennorrhagie se calment ; mais l'orchite débute ordinairement à fin de la blennorrhagie, de la quatrième à la sixième semaine ; il n'y a donc rien de bien extraordinaire que l'écoulement diminue, puisque l'affection blennorrhagique est alors arrivée à sa dernière période. Mais, non-seulement il y a diminution, c'est une diminution brusque ; or, quand la blennorrhagie se termine sans orchite, l'écoulement ne diminue que peu à peu, progressivement. Qu'il se déclare une orchite, et immédiatement survient une rémission presque instantanée dans la blennorrhagie. A cela je répondrai que l'inflammation de la glande séminale produit sur le canal de l'urèthre l'effet d'un véritable révulsif.

Nous rejetons donc complétement la métastase pour expliquer l'épididymite. Nous n'admettons d'orchites métastatiques qu'à la suite des oreillons et dans la variole. Mais elles ne sauraient être comparées aux orchites blennorrhagiques, dont elles diffèrent par leur marche et par leur siége ; les orchites métastatiques occupent plutôt le corps de la glande ou ses enveloppes que l'épididyme.

Lorsqu'à la suite d'une chaudepisse, l'épididyme se gonfle, sans que le canal déférent paraisse pris, on invoque pour expliquer l'orchite la théorie de la sympathie. Cette théorie n'explique rien de plus que celle de la métastase dont elle n'est qu'un déguisement. Pour qu'elle fût vraie, il faudrait pouvoir affirmer qu'aucun phénomène inflammatoire n'a préexisté dans le canal déférent ; or il est impossible de faire une pareille affirmation, car une observation attentive de la maladie apprend qu'en général la douleur, avant de se manifester dans l'épididyme, s'est fait sentir plus ou moins vive dans le cordon lui-même. Et d'ailleurs, l'inflammation ne peut elle pas gagner l'épididyme, en passant par le canal dé-

férent, sans produire le gonflement de ce canal? La théorie de la sympathie, si l'on peut donner le nom de théorie à des mots sans idée, selon l'expression de M. Marc d'Espine, n'a donc pas sa raison d'être.

Il reste une dernière opinion, c'est la propagation de l'inflammation par continuité de tissu. Je me rattache à cette opinion, la regardant comme la plus rationnelle; en effet, on peut suivre la marche progressive de l'inflammation et il est facile de voir que le canal déférent, l'épididyme, puis le testicule se prennent successivement. On a objecté que l'inflammation ne marchait pas toujours ainsi, et que souvent elle n'occupait pas le canal déférent. Mais, comme je le disais tout à l'heure, le canal déférent ne peut-il pas être pris par l'inflammation, sans que cette dernière y laisse des traces de son passage?

L'époque de l'apparition de l'orchite est un argument puissant en faveur de la propagation de l'inflammation par continuité de tissu. En effet, l'orchite se développe très rarement dans la première semaine de la blennorrhagie, et très fréquemment de la quatrième à la sixième. MM. Gaussail, Aubry, Marc d'Espine, de Castelneau, ont vu survenir dans la première semaine 16 orchites sur 239; ils en ont noté 136 sur 239, de la cinquième à la sixième semaine et au delà. Cette statistique concorde parfaitement avec ce que j'observe chaque jour à l'hôpital du Midi. On peut donc dire que l'orchite se manifeste presque toujours de quatre semaines à deux mois, après le début de la blennorrhagie, alors que l'inflammation s'est retirée dans les parties les plus profondes de l'urèthre. Une fois qu'elle est arrivée dans la région prostatique, il lui est facile de se propager à travers les canaux éjaculateurs, et d'arriver ainsi aux canaux déférents, à l'épididyme et enfin au testicule.

Avant de passer à l'étude des causes sous l'influence desquelles l'orchite blennorrhagique se produit, je vais résumer en quelques lignes l'opinion que Rochoux a émise sur le siége de l'affection que nous étudions. Jusqu'à lui, on ne s'était pas demandé si elle existait autre part que dans l'épididyme et le testicule, et quand Rochoux, dans les *Archives de médecine*, fit paraître son mémoire intitulé : *Du siége et de la nature de la maladie, improprement appelée orchite blennorrhagique*, on ne manqua pas d'être surpris, surtout quand on l'entendit soutenir que toute la maladie était constituée par l'inflammation de la tunique vaginale. Cette erreur fut attaquée fortement, et il fut facile de prouver que l'inflammation de la vaginale, tout en existant, n'est qu'un phénomène accessoire de l'orchite. Si l'épanchement de la tunique vaginale était toute la maladie, il ne devrait plus rester de tumeur, une fois que

le liquide est résorbé ou évacué; or il en existe toujours une, et cette tumeur n'est autre chose que l'épididyme gonflé. Je ne conteste pas l'inflammation de la tunique vaginale; sans doute cette dernière est enflammée, sans doute il existe un épanchement dans sa cavité, mais cette inflammation n'est que secondaire; elle n'est, comme l'hydrocèle qui l'accompagne, qu'une conséquence de l'inflammation de l'épididyme ou du testicule.

Rochoux a cependant rendu un grand service, en attirant l'attention sur un phénomène qui avait pour ainsi dire passé inaperçu. C'est peut-être lui qui a fait penser au traitement de l'orchite par la ponction; mais il a eu tort de vouloir tout faire passer dans la tunique vaginale, et le mot de vaginalite qu'il a créé, doit être délaissé, quoiqu'il réveille une idée juste.

Étiologie. — L'orchite blennorrhagique survient souvent sous l'influence de causes occasionnelles plus ou moins bien déterminées. C'est ainsi que les excès de boissons, les courses à cheval, la danse, les marches trop longues, le coït pendant la chaude-pisse, le froissement des bourses, une rétention trop prolongée des urines dans la vessie, sont autant de causes occasionnelles qu'il est impossible de nier. Je ne crois pas que la continence ait jamais donné lieu à l'orchite.

Les injections médicamenteuses ont été considérées comme une cause de l'épididymite; dans quelques cas où l'injection aura été poussée trop fortement, de manière à venir irriter la région prostatique de l'urèthre, il n'est pas impossible qu'une orchite soit survenue; mais cela est rare, et il faut que les injections aient été composées de liquides trop énergiques ou intempestivement appliquées.

L'emploi des balsamiques, du cubèbe et du copahu, peut-il déterminer l'orchite chez des individus atteints de blennorrhagie? Les uns répondent par l'affirmative, mais ils ne songent pas qu'on donne les balsamiques, surtout lorsque l'inflammation occupe la région prostatique; l'orchite peut donc se déclarer sans qu'il soit besoin d'accuser ces médicaments. D'autres, et Ribes à leur tête, prétendent que, loin de produire l'orchite, le cubèbe et le copahu contribuent à la guérir, en ramenant dans l'urèthre l'inflammation de l'épididyme.

L'influence des causes occasionnelles est évidente, mais il ne faudrait pourtant pas s'en faire une fausse idée en l'exagérant et en pensant, par exemple, que tous les individus atteints de blennorrhagie, qui évitent ces causes, soient à l'abri de l'orchite. Ce serait s'exposer à des erreurs nombreuses.

Ainsi il n'est pas rare de voir l'orchite chez des malades qui,

sans faire aucune espèce d'excès, soignent attentivement leur chaudepisse ; à côté d'eux, il y en a qui ne gardent aucun ménagement, et qui échappent à cette complication.

M. de Castelnau a fait remarquer avec raison que l'intensité des phénomènes blennorrhagiques n'a pas d'influence sur le développement de l'orchite.

M. Gaussail parle d'une disposition particulière qu'auraient certains individus à être affectés d'orchite. Il pense qu'une première épididymite prédispose à une seconde. M. Aubry a cru observer que l'orchite a moins de tendance à occuper le testicule qui a déjà été malade que celui qui ne l'a pas encore été.

On a discuté beaucoup pour savoir si le testicule droit est plus souvent pris que le gauche, M. de Castelnau, en réunissant les faits de MM. Gaussail, d'Espine, Aubry et les siens, est arrivé à un résultat remarquable, puisque sur 468 orchites, il en trouve 222 à droite et 222 à gauche. Il y en avait 24 doubles.

Marche, symptômes. — L'orchite débute ordinairement de la quatrième à la sixième semaine. Tantôt son début est très rapide, tantôt il est très lent. C'est, en général, par une douleur plus ou moins vive dans le cordon que l'orchite commence. Quelquefois cette douleur remonte vers le canal inguinal, et se fait sentir presque dans les reins. Souvent aussi le malade éprouve une pesanteur plus ou moins marquée dans les bourses et au périnée ; enfin, dans quelques cas, il existe des envies fréquentes d'uriner. Ces prodromes sont de courte durée.

L'inflammation occupe en général un des deux testicules, et quelquefois les deux, l'un après l'autre ou à la fois. Quand la phlogose passe d'un côté à l'autre, et *vice versâ*, il y a épididymite à bascule.

Une fois que l'inflammation de l'épididyme est établie, que se passe-t-il? Comment marche la maladie? Par quels symptômes se révèle-t-elle? Nous étudierons deux ordres de symptômes, des symptômes généraux et des symptômes locaux.

Symptômes généraux. — Un malaise général se fait d'abord sentir. Le malade se plaint d'une douleur qui, partant du cordon, s'irradie dans les reins, dans le ventre, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, et jusque sur la fesse. Cette douleur est quelquefois si forte que le patient est obligé de se condamner à l'immobilité.

La fièvre accompagne souvent l'orchite à son début; mais elle est en général peu prononcée, et n'est qu'un phénomène accessoire. Quelquefois cependant elle est assez vive : la céphalalgie, l'inappétence, la face jaunâtre, la langue saburrale indiquent qu'il existe alors un véritable embarras gastrique. Dans certains cas,

le mouvement fébrile est assez intense pour amener du délire; la figure s'anime, devient rouge. Et si alors le parenchyme testiculaire lui-même se trouve pris, on observe des nausées, des vomissements, tous les signes enfin qui, au premier abord, pourraient faire penser à un étranglement. Au bout de quarante-huit heures, tous ces symptômes réactionnels ont ordinairement cessé; il est rare qu'ils se prolongent pendant une semaine.

Symptômes locaux. — Les différents caractères que peut revêtir l'orchite sont modifiés suivant que l'inflammation porte sur tel ou tel élément qui entre dans la composition de l'organe sécréteur du sperme. Ces éléments sont, dans le cordon : le canal déférent, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, ainsi que le tissu cellulaire qui les unit; dans les bourses : l'épididyme, le testicule, la tunique vaginale et les autres enveloppes. Selon que ces parties seront prises en même temps ou isolément, l'affection prendra un aspect différent, et autant de variétés sembleront pour ainsi dire constituées.

Au point de vue de l'intensité, l'orchite passe par tous les degrés. Quand l'inflammation est légère, on sent, en explorant le scrotum, que le canal déférent a un peu augmenté de volume. Au lieu de le trouver en arrière des vaisseaux tout au plus de la grosseur d'une plume de corbeau, on constate que son calibre est au moins double de l'état normal. En le pressant entre les doigts, on excite une douleur plus ou moins vive qui peut remonter jusque dans le canal inguinal et au delà. Le canal déférent, dont la gaîne celluleuse paraît tuméfiée, est tout à fait libre d'adhérences avec les vaisseaux. En suivant son trajet, on arrive sur l'épididyme manifestement gonflé. Avant d'étudier la manière dont se comporte l'épididyme enflammé, je rappellerai qu'à l'état normal il coiffe le testicule à la manière du cimier d'un casque, placé qu'il est sur l'extrémité supérieure et le bord postérieur de la glande, à moins qu'il n'y ait inversion, cas auquel il se trouve en avant.

Quand l'inflammation est légère, l'épididyme conserve assez son aspect général, qu'elle ait envahi la queue seulement ou l'épididyme entier. Si l'inflammation devient plus forte, l'épididyme affecte une forme et une position sur lesquelles il est bon d'insister.

C'est ainsi que souvent ce canal tortueux se développe de tous côtés et forme une tumeur aussi grosse qu'un petit œuf de poule. En palpant, on sent donc deux tumeurs, une antéro-inférieure, le testicule; l'autre postéro-supérieure, l'épididyme. D'autres fois, il s'étend en largeur et reçoit le testicule comme dans une cupule, dont la concavité est tournée en avant. Enfin, au lieu de se déve-

PLANCHE VII.

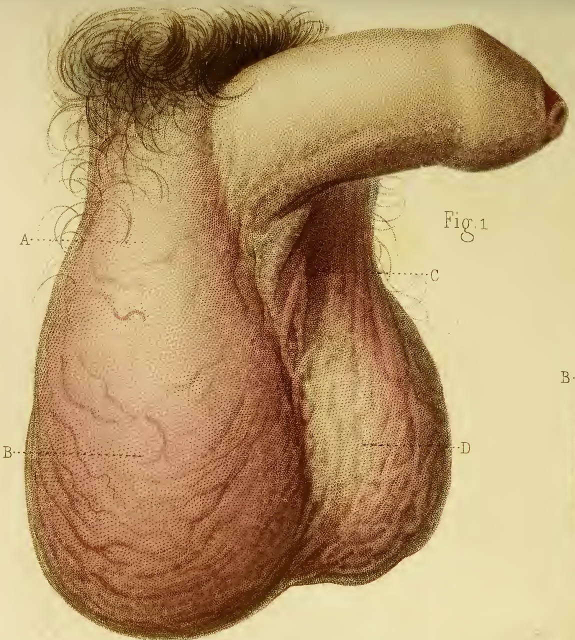
ÉPIDIDYMITES BLENNORRHAGIQUES.

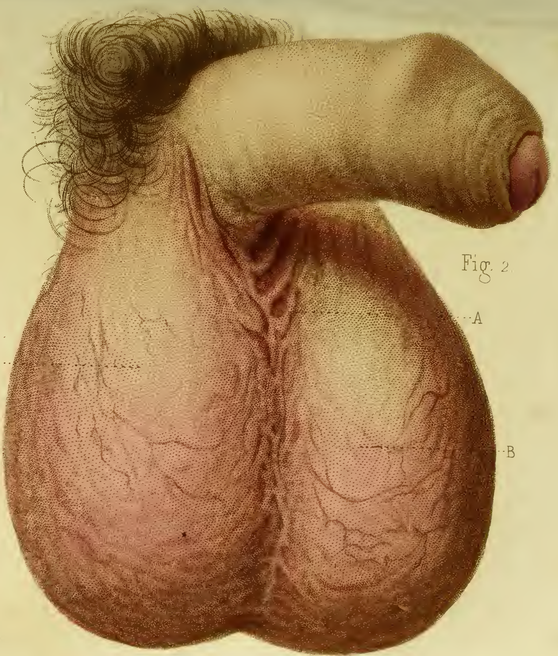
Fig. 1. — *Épididymite du côté droit..*

Cette épididymite date de huit jours. La peau est rouge, tendue. La palpation permet de sentir en arrière et en haut comme une tumeur allongée, A, qui semble coiffer le testicule, B. A gauche, la peau est ridée, C, et le testicule de ce côté, B, semble disparaître derrière la tumeur constituée par l'épididyme du côté droit.

Fig. 2. — *Épididymite double.*

La peau est rouge, tendue. Le raphé AA' a disparu en partie. Les deux tumeurs BB' sont constituées plutôt par le gonflement de l'épididyme que par un épanchement de liquide dans la tunique vaginale. Cependant on perçoit une sensation de fluctuation qui porte à penser que cet épanchement de sérosité existe





E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS
Imp. Geny-Gros

lopper en masse ou sous forme de cupule, l'épididyme peut se développer en long; alors sa tête et sa queue viennent empiéter sur le bord antérieur du testicule.

Dans tous ces cas, l'épididyme entier se trouve pris, mais il peut ne l'être qu'en partie. Dans d'autres, la queue seule est prise; alors le poids de la tumeur qui se trouve à l'extrémité inférieure du testicule le fait basculer, de manière à le rendre vertical. A l'état normal, son grand axe est légèrement dirigé d'avant en arrière et de haut en bas. Quand la queue est seule prise, la tête conserve toute sa souplesse. Quelquefois la tête est fortement gonflée, alors la queue l'est aussi; elle participe toujours à l'inflammation. Enfin, j'ai vu des épididymes aplatis d'un côté à l'autre, posés comme une vraie crête sur le testicule, et d'autres tout à fait triangulaires dont la base était appliquée sur la glande.

Quelquefois il existe sur l'épididyme ou à l'origine du canal déférent des bosselures qui pourraient faire croire à de véritables tubercules, si leur diminution rapide ne venait pas prouver une simple inflammation.

Pendant que l'épididyme affecte des formes si variables, il n'est pas rare de voir le canal déférent conserver son calibre normal; cela ne veut pas dire que l'inflammation ne l'ait pas occupé; elle y a passé sans laisser de traces.

Dans tous ces cas d'épididymite légère, il arrive souvent que le testicule ne paraît pas pris; il est souple et n'a pas augmenté de volume; il n'est pas douloureux à la pression. En examinant avec soin, on constate que l'épididyme tuméfié ne s'applique pas tout entier exactement sur la convexité de la glande; il existe une petite rainure qui permet en quelque sorte de les séparer. Si le testicule est pris, il est tuméfié, très douloureux; son volume peut doubler. La douleur s'explique alors par une espèce d'étranglement de la pulpe séminale dans la coque albuginée. La souffrance que les malades éprouvent est quelquefois assez forte pour leur arracher des cris; leur figure est pleine d'anxiété, ils redoutent les moindres mouvements et l'examen des organes génitaux leur est très pénible.

Cette acuité de l'inflammation glandulaire ne coïncide pas toujours avec une inflammation épididymaire intense. Il arrive en effet que le testicule est tuméfié et très douloureux quand l'épididymite est légère; mais c'est l'exception. La règle est que l'inflammation du testicule coïncide avec une forte inflammation de l'épididyme.

Quand le testicule est envahi, il s'adosse d'une manière si intime à l'épididyme, que les deux tumeurs n'en forment pour ainsi dire qu'une seule. Il en est de même lorsqu'il y a un liquide épanché

dans la tunique vaginale. Cette espèce d'hydrocèle aiguë n'existe pas toujours et ne constitue pas toute la maladie, comme le soutenait Rochoux. Ce n'est qu'un épanchement consécutif à l'état de l'épididyme ; il n'est pas toujours en rapport avec l'inflammation épididymaire ; on pourrait dire cependant qu'en général il coïncide avec des orchites assez intenses.

Pour résumer ce qui se passe dans les orchites de moyenne intensité, je dirai :

1° Que le canal déférent peut se tuméfier et former un cordon plus ou moins volumineux ;

2° Que l'épididyme se prend en totalité ou en partie, et qu'il affecte alors des formes éminemment variables ;

3° Que le testicule se tuméfie quelquefois ;

4° Enfin, qu'il existe souvent un épanchement dans la tunique vaginale.

Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Quand l'orchite est intense, les symptômes locaux sont plus accusés. Le canal déférent est énorme, gros comme le petit doigt, très douloureux. Souvent il est libre ; on peut le distinguer des vaisseaux sanguins; mais parfois toute distinction est impossible, et il n'existe plus qu'une corde volumineuse qui, se réunissant à l'épididyme fortement gonflé, forme une tumeur en masse remontant vers le canal inguinal et pouvant y éprouver un certain degré d'étranglement.

Le scrotum du côté malade est très distendu ; la peau est lisse, rouge, chaude ; le raphé n'occupe plus la ligne médiane. Le côté sain, dont la peau est flasque et ridée, disparaît presque complétement derrière cette masse enflammée. Quand le scrotum est ainsi tuméfié, il est bien difficile, sinon impossible de reconnaître les divers éléments qui s'y trouvent renfermés. L'épididyme et le testicule constituent alors avec l'épanchement une masse commune ; mais, malgré l'empâtement général des tissus, on peut encore sentir la fluctuation que l'on doit, comme on sait, rechercher en avant dans la majorité des cas.

Il est un signe que je ne dois pas passer sous silence, et qui coïncide avec une vive inflammation, c'est l'adhérence du scrotum à la tumeur testiculaire, dans le point correspondant à la queue de l'épididyme, adhérence qui se trouve naturellement en avant ou en arrière, suivant qu'il y a inversion ou non. C'est un caractère que je rappellerai au diagnostic de cette anomalie.

Entre ces deux extrêmes, l'orchite légère et l'orchite intense, il y a une foule de degrés, de nuances dont il est impossible de tenir compte dans une description. On pourrait croire que l'acuité

des symptômes coïncide avec la tuméfaction des enveloppes ; il n'en est rien pourtant, telle orchite est très douloureuse, que le palper seul fait reconnaître; telle autre est énorme et à peine sensible. Si on la palpe, on sent le testicule et l'épididyme peu tuméfiés, flottant dans une grande quantité de liquide qui seul constitue la tumeur, et l'on voit la peau trembler absolument comme un abdomen médiocrement distendu par un ascite. Ces cas là indiquent en général une grande laxité de la vaginale et une disposition à ce que l'épanchement se convertisse en véritable hydrocèle.

Quand l'épididyme se trouve en avant du testicule (1), au lieu d'être en arrière, la tumeur scrotale paraît plus allongée, et fait une saillie plus prononcée antérieurement. Nous reviendrons sur cette disposition.

Pendant l'orchite, la sécrétion spermatique peut être troublée. Elle est habituellement augmentée ; il y a des éjaculations fréquentes et très douloureuses. Le sperme est quelquefois sanguinolent, mais ce mélange du sang au sperme n'a rien de grave ; il est le résultat de l'inflammation du testicule ou d'une injection vive de la muqueuse uréthrale. Plusieurs auteurs disent avoir observé du pus dans le sperme : la chose est possible, mais je n'ai jamais été à même de le constater.

Durée, terminaison. — L'orchite dure ordinairement de quinze à vingt jours ; je ne parle que de l'orchite simple, bien entendu. Les orchites auxquelles M. Ricord a donné le nom si juste d'*orchites à bascule*, c'est-à-dire d'orchites dans lesquelles l'inflammation, après avoir parcouru ses périodes dans un testicule, passe du côté opposé, rentrent dans les cas exceptionnels, et leur durée est souvent longue.

C'est vers le cinquième ou le sixième jour que l'orchite atteint son maximum d'intensité. A partir de ce moment, tous les symptômes que nous avons décrits disparaissent peu à peu. Ainsi le scrotum diminue de volume, la peau se recouvre de petites écailles furfuracées, et ses plis reparaissent. Le testicule et l'épididyme sont facilement sentis et séparés l'un de l'autre par la palpation ; ils diminuent aussi de volume, et c'est le testicule qui commence à diminuer le premier. Alors la souffrance s'affaiblit ou disparaît complétement, la fièvre tombe, et les malades reprennent leur calme.

Si le canal déférent et le testicule reviennent vite à l'état nor-

(1) *De l'inversion du testicule*, par Eug. Royet, interne des hôpitaux Paris, 1860.

PLANCHE VIII.

ORCHITE ET FONGUS BÉNIN DU TESTICULE.

Fig. 1. — *Orchite vraie dans laquelle l'inflammation blennorrhagique s'est propagée à travers l'épididyme jusqu'au tissu glandulaire.*

Tous les éléments du testicule gauche sont pris et forment une masse dans laquelle il n'est plus facile de distinguer l'épididyme. La tumeur est arrondie, rétractée vers l'anneau inguinal, A, douloureuse au toucher, surtout en avant, B. Le scrotum est rouge, lisse, tendu sur la tumeur à laquelle il adhère d'une manière intime.

Fig. 2. — *Orchite suppurée avec hernie de la substance testiculaire.*

Dans ce cas, à cause des douleurs excessives, le débridement de la tunique albuginée a été pratiqué au point A. Malgré cette précaution, il s'est formé dans le testicule droit un abcès qui, en s'ouvrant, a déterminé l'ulcération, B.

Au fond de l'ulcération, on voit un tissu grisâtre qui n'est autre chose que le tissu de la glande.

Fig. 3. — Fongus dessiné séparément pour montrer la saillie qu'il fait au-dessus des bords de l'ulcération et sa forme boursouflée.

Fig. 1.

Fig. 2.

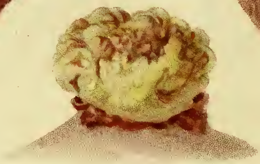


Fig. 3.

Annedouche sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

mal, il n'en est pas de même de l'épididyme ; la résolution marche d'abord assez promptement, puis elle se ralentit considérablement ; et quand la tête et le corps ont repris leur volume normal, il est facile de sentir que la queue est encore indurée, gonflée, à l'état de noyau plus ou moins volumineux. Cette induration, qui tourmente beaucoup de malades, peut persister plusieurs mois, et même des années.

La résolution est donc lente et souvent imparfaite ; mais c'est la terminaison la plus fréquente.

La terminaison par suppuration est très rare. Je n'en ai observé que deux cas ; Curling dit en avoir vu assez souvent. M. Ricord en a cité plusieurs exemples.

M. Velpeau pense que le pus peut s'infiltrer et être le point de départ de tubercules. Je ne partage pas cette manière de voir ; je crois plutôt que c'est à la présence de tubercules méconnus que l'on doit rapporter certains cas d'orchites suppurées, ce qui ne veut pas dire que je nie la terminaison par suppuration, seulement je la considère comme exceptionnelle.

J'ai eu dans mon service un malade qui nous affirmait avoir eu un abcès à la suite d'une orchite. Quand il entra dans nos salles, l'albuginée était à nu, et donnait naissance à d'abondantes fongosités. En un point elle était ulcérée et laissait échapper la substance même du testicule. Pensant le fait purement inflammatoire d'après le dire du malade, et croyant que ces bourgeons vasculaires et ce fongus avaient eu pour point de départ une orchite suppurée, j'employai les résolutifs de toute nature, et surtout l'iodure de potassium. Mais les fongosités ne diminuèrent pas, et l'engorgement du canal déférent augmentait chaque jour. Craignant que la maladie ne fît des progrès tels qu'aucune opération ne serait plus praticable, je me décidai à enlever le testicule, et j'y trouvai des tubercules. Plus tard le malade nous raconta qu'il avait depuis longtemps des grosseurs dans le testicule, quand il fut pris d'orchite blennorrhagique, mais qu'ayant affirmé tout d'abord le contraire, il n'avait pas osé se rétracter, de peur qu'on l'accusât de mensonge. Dans beaucoup de cas où l'orchite s'est terminée par suppuration, les choses ont dû se passer ainsi ; les tubercules en étaient le point de départ.

L'hypertrophie du testicule est très rare après l'orchite ; on l'a observée quelquefois chez des malades affectés de plusieurs orchites. L'atrophie s'observe moins rarement, j'ai vu des testicules réduits au volume d'un haricot.

L'induration se rencontre souvent ; elle siége le plus ordinairement à la queue de l'épididyme.

M. Baumès dit avoir observé la terminaison par gangrène. Je ne l'ai jamais vue.

Anatomie pathologique. — Les caractères anatomiques de l'orchite sont venus confirmer tout ce que l'observation avait fait prévoir au lit du malade. MM. Gaussail, Marcé, Curling, chacun de leur côté, ont donné des détails d'autant plus intéressants sur ce sujet, qu'ils ont été recueillis à des époques différentes de l'orchite. M. Gaussail a consigné le résultat de trois autopsies dans son mémoire sur l'orchite blennorrhagique.

Dans le premier de ces cas, le canal déférent était augmenté de volume dans toute son étendue, sa cavité était diminuée et obstruée par une matière d'un blanc jaunâtre; ses parois étaient injectées. L'épididyme également tuméfié renfermait une matière analogue à celle contenue dans le canal déférent. Le testicule était légèrement injecté. La tunique vaginale renfermait une sérosité roussâtre. M. Goussail dit que les vésicules séminales étaient prises; il ne parle pas de l'état des bourses. Dans les deux autres cas, les lésions étaient à peu près les mêmes.

M. de Castelneau rapporte aussi l'autopsie d'un malade atteint d'orchite mort pendant le cours d'une fièvre typhoïde. Le canal déférent était médiocrement gonflé dans l'étendue d'un pouce et demi à partir de son extrémité inférieure. L'épididyme était dur, rougeâtre; son volume avait doublé. Le testicule était gros comme un œuf de poule et les vaisseaux très injectés. La tunique vaginale ne contenait que quelques gouttes de sérosité transparente citrine. Les vésicules séminales étaient saines.

L'observation de M. Marcé est très intéressante; elle est consignée dans la *Gazette des hôpitaux* de 1854. Le malade était mort du choléra dix-huit jours après le début de son orchite blennorrhagique. La pièce fut examinée par MM. Gosselin et Marcé. La queue de l'épididyme était seule prise par l'inflammation et formait une masse dure, grosse comme un haricot. Dans la cavité de l'épididyme et dans la paroi des circonvolutions existait une substance jaune, qui fut examinée au microscope par MM. Gosselin et Robin, qui trouvèrent des granulations graisseuses, des globules granuleux d'inflammation et quelques globules de pus.

Dans ce cas, l'exsudation inflammatoire s'est produite dans la cavité même de l'épididyme et dans ses parois. Si cette exsudation intra-tubulaire passe à l'état fibreux, on comprend, dit M. Gosselin, dans ces savantes additions à l'ouvrage de Curling, comment le canal épididymaire peut être oblitéré, et combien il est important de chercher à s'opposer à une oblitération de ce genre qui peut être très préjudiciable dans les cas d'orchite bilatérale.

De ces observations et de celles que j'ai recueillies de mon côté, il résulte donc que l'on peut trouver à l'autopsie, suivant l'âge de l'orchite, le canal déférent et l'épididyme tuméfiés, leurs parois injectées, leur cavité remplie d'une exsudation jaunâtre. Le testicule peut être lui aussi, tuméfié ou infiltré de lymphe plastique dans toute son épaisseur. La tunique vaginale peut rester saine et renfermer une sérosité citrine, limpide, qui s'est épanchée par suite de la gêne circulatoire. Si la tunique vaginale est phlogosée, on trouve sa surface interne rugueuse, comme toutes les séreuses enflammées. Le liquide renferme des flocons albumineux. Les deux feuillets de la vaginale sont très vascularisés, et il existe entre eux des adhérences partielles ou totales. Au lit du malade, on peut sentir ces adhérences. En pinçant le scrotum, on le voit se déprimer à leur niveau. A la longue, les feuillets reprennent leur poli et glissent sans rudesse l'un sur l'autre.

Diagnostic. — L'existence d'un écoulement, la marche et les symptômes de l'orchite suffiront en général pour établir facilement le diagnostic. Cependant il y a quelques affections avec lesquelles l'épididymite peut présenter une certaine analogie. Ainsi l'érysipèle des bourses, les tubercules de l'épididyme, l'hydrocèle aiguë, l'hématocèle, la hernie étranglée. Avec un peu d'attention on lèvera les difficultés qui pourraient se présenter.

L'érysipèle du scrotum pourra simuler une orchite très intense, mais l'érysipèle est rarement spontané ; il est consécutif à une opération, à des incisions faites sur le scrotum ou à une infiltration urineuse. Du reste, la marche même de la maladie et les antécédents lèvent tous les doutes.

Il n'y a pas non plus de confusion possible en face de tubercules de l'épididyme. Les nodosités que l'on observe sur le trajet du canal déférent, les inégalités, les bosselures de l'épididyme, la lenteur du travail phlegmasique, l'absence de blennorrhagie, enfin les fistules, quand elles existent, sont autant de signes évidents qui empêchent de confondre cette affection avec l'orchite.

L'hydrocèle enflammée est précédée d'un épanchement simple, non douloureux, dans la tunique vaginale. L'hydrocèle peut sans doute être accompagnée d'une réaction très vive, mais l'épididyme reste sain.

L'hématocèle récente est causée par une chute ou un coup sur les bourses ; le canal déférent et l'épididyme sont intacts. Il peut y avoir une ecchymose, si l'épanchement est sous-cutané.

L'orchite simule quelquefois très bien la hernie étranglée, quand par exemple le cordon est très gonflé, alors il s'étrangle aussi et il existe une vive douleur le long du cordon, une tumeur

dans sa direction, des nausées, des vomissements, de la constipation, de la fièvre, absolument comme dans la hernie étranglée. Mais dans cette dernière, il est facile de savoir qu'il existait depuis longtemps dans l'aine du malade une grosseur qui rentrait et sortait facilement. De plus, en palpant avec soin, on voit que, dans la hernie, la tumeur ne descend pas jusqu'au testicule. Dans la hernie congénitale, il pourrait y avoir une difficulté, puisque la hernie couvre le testicule, mais l'absence d'écoulement et l'examen des bourses lèveront la difficulté.

Je ne m'arrêterai pas au diagnostic des diverses espèces d'orchites entre elles.

L'orchite blennorrhagique débute par l'épididyme. L'écoulement uréthral la précède ou l'accompagne.

L'orchite déterminée par le cathétérisme est de très courte durée ; la cause éclaire le diagnostic.

L'orchite traumatique occupe plutôt le testicule.

L'orchite des oreillons et de la variole réside dans le corps même de la glande séminale ou dans ses annexes.

Un mot sur le diagnostic de l'inversion. C'est un point d'autant plus important que le traitement de l'orchite par les mouchetures, tend à se vulgariser. Il est donc bon de savoir reconnaître à coup sûr, quand l'épididyme se trouve en avant du testicule au lieu de se trouver en arrière, parce qu'une ponction faite dans ce cas pourrait blesser une des petites artères qui rampent sur le canal déférent, et donner lieu à une hémorrhagie, comme j'en connais un exemple. L'inversion a été étudiée dans un mémoire récemment publié par un de nos internes les plus distingués, M. Royet.

Quand le testicule est inversé et enflammé, la tumeur paraît plus allongée ; aussi Vidal, dans son livre sur les maladies vénériennes, n'a pas oublié de dire : « Quand par anomalie..... l'épididyme est en avant, la tumeur semble plus développée en longueur ; elle est plus cylindrique. » J'ajouterai que la tumeur paraît plus antérieure.

Quand l'inflammation est très intense, la peau peut être adhérente au niveau de l'épididyme. La tumeur est donc dure en avant, molle, fluctuante et quelquefois transparente en arrière.

Si le cordon est peu pris, on sent bien le canal déférent en avant des vaisseaux ; alors, contrairement à ce qui arrive, lorsque les organes ont leur position normale, on sent en avant du cordon une portion dure, le canal déférent, et en arrière une portion molle, les vaisseaux.

Quand le testicule et l'épididyme sont très tuméfiés, et que le cordon est sain, son exploration peut servir au diagnostic. Si le

cordon est très engorgé, et si la glande est saine, son examen donne la certitude de l'anomalie. Il s'établit ainsi une véritable balance entre le cordon et le testicule.

Si le cordon et le testicule étaient confondus, l'adhérence de la peau en avant, un peu plus de dureté en ce point, de mollesse en arrière, pourraient éclairer le diagnostic.

Pronostic. — Il est en général peu grave, excepté lorsque l'orchite se termine par suppuration. Ces cas sont toujours sérieux, puisque la destruction complète de la glande séminale peut s'opérer par fonte purulente ou par fongus.

Une autre conséquence de l'orchite blennorrhagique est celle-ci : M. Gosselin croit que la stérilité peut être le résultat de l'orchite bilatérale, par suite de l'exsudation plastique qui se fait dans la cavité épididymaire et qui en obstrue les canaux. Il faut se préoccuper de ce résultat moins qu'on ne l'a fait craindre. M. Gosselin dit lui-même avoir vu les spermatozoïdes, qu'on ne retrouvait plus dans la période aiguë ou subaiguë des indurations reparaître après un temps qu'on peut évaluer de deux à six mois et même plus. Il est d'ailleurs impossible d'affirmer que cette stérilité sera fatalement inévitable, car on ne sait jamais si l'oblitération est complète ou non. Cette théorie de l'oblitération des voies spermatiques me semble bien physique et il me paraîtrait plus médical d'expliquer l'absence momentanée des spermatozoïdes par la lésion fonctionnelle de la glande ; car j'imagine que l'inflammation du testicule doit avoir une influence réellement fâcheuse sur l'excrétion du liquide prolifique. Il resterait à savoir si, dans les cas de stérilité temporaire, les glandes ont été prises d'inflammation, en même temps que l'épididyme et le canal déférent, et c'est ce qui n'a pas toujours été relaté dans les observations que l'on a données.

Traitement. — Un grand nombre de moyens thérapeutiques ont été préconisés contre l'orchite. Les émissions sanguines générales ou locales, les bains, les topiques émollients et résolutifs, les vomitifs, les purgatifs, les ponctions de la tunique vaginale, le débridement de l'albuginée, les vésicatoires, la compression.

La saignée du bras n'est guère applicable que dans les cas où les symptômes généraux offrent une certaine intensité chez les individus très pléthoriques. Aussi, dans nos salles est-elle la plus grande exception.

Les sangsues sont plus souvent employées, et principalement quand le cordon est très engorgé et le siége d'un véritable étranglement. Lorsqu'on se décide à les appliquer pour combattre l'inflammation épididymaire, il est toujours préférable de les poser sur

le trajet du cordon que sur la tumeur des bourses, car là leurs morsures peuvent déterminer de l'œdème, de l'érysipèle et quelquefois même de la gangrène. Je suis en général très sobre de sangsues, et je leur préfère de beaucoup les ponctions de la tunique vaginale.

Ce dernier moyen, qui a été préconisé par M. Velpeau, et que j'emploie très fréquemment est, on peut le dire, héroïque contre la douleur, et il est peu de malades qui n'accusent une rémission presque instantanée quand ils ont consenti à se soumettre à cette petite opération. On comprend facilement que, lorsque la tunique vaginale est distendue par une quantité considérable de sérosité, l'évacuation de celle-ci soit un grand soulagement, mais il arrive quelquefois que l'on est trompé sur la sensation de fluctuation que l'on confond avec la rénitence du testicule lui-même, les mouchetures de la lancette ne donnent alors qu'un léger écoulement sanguin. Eh bien, dans ces cas, la douleur cesse encore comme par enchantement et les malades s'en trouvent aussi bien que d'une large application de sangsues.

Des objections ont été faites à la pratique des mouchetures. On lui a reproché surtout la lésion possible du testicule. Quand l'épanchement séreux vaginal est considérable, cette lésion n'est pas à redouter, mais dans les cas d'absence de sérosité, il est positif que l'instrument tranchant atteint la tunique albuginée, et pourtant, sur un nombre prodigieux de malades affectés d'épididymites, avec ou sans épanchement séreux, que j'ai soumis aux mouchetures, jamais je n'ai eu d'accidents du côté du testicule. On constate souvent, là où les ponctions ont été faites, une petite dépression de la peau qui est l'indice d'une adhérence, mais celle-ci ne tarde pas à disparaître, et les parties molles reprennent promptement leur aspect normal.

Ce qu'on voit quelquefois après les ponctions, c'est une ecchymose de la peau des bourses dans laquelle le sang s'est infiltré; mais ceci n'est pas un accident, et ne retarde en rien d'ailleurs la résolution de l'inflammation.

On a cité des faits de gangrène de la peau du scrotum à la suite de l'emploi de la lancette. Je n'ai jamais vu cet accident et il est probable qu'alors on avait agi sur une tumeur avec œdème des bourses, circonstance dans laquelle je me garde aussi bien des mouchetures que des sangsues, car les unes et les autres peuvent être suivies de la mortification de la peau.

Un moyen qui a beaucoup de ressemblance avec les mouchetures, mais qui est plus grave, c'est le débridement de la membrane albuginée dans une étendue de 1 ou 2 centimètres. Il

est rarement employé, parce que rarement le testicule subit un étranglement assez considérable pour que le chirurgien se décide à cette opération, et l'on aurait lieu de s'étonner de la facilité avec laquelle Vidal (de Cassis) y avait recours, si l'on ne savait qu'il en était l'inventeur.

Une remarque importante à faire, c'est que Vidal n'a pas cité un seul cas malheureux, ce qui viendrait à l'appui de ce que je dis à propos des simples ponctions, à savoir l'immunité de la blessure de l'albuginée.

Les bains entiers tièdes, un peu prolongés, sont avec les applications émollientes sur l'organe malade une bonne médication de l'orchite.

Dans les cas assez fréquents d'un état saburral avec de la fièvre et de la constipation, il faut employer dès l'abord les purgatifs. Quelques praticiens, Curling entre autres, sont partisans des vomitifs, je m'en abstiens, parce que les efforts du vomissement retentissent d'une manière très douloureuse vers l'organe enflammé. Cependant je me trouve quelquefois très bien de conseiller un éméto-cathartique qui débarrasse le malade plus promptement que le traitement purgatif simple.

Je regarde les onctions avec l'onguent napolitain comme un excellent antiphlogistique, et je ne crains pas de les faire au début même de l'inflammation. Dans les cas de douleurs vives, j'y fais incorporer l'extrait de belladone au cinquième ou au quart. Ces onctions ont bien quelques inconvénients, elles amènent souvent la gingivite, quelquefois elles donnent lieu à une éruption eczémateuse des bourses et de la partie supérieure interne des cuisses. Chez les individus à peau fine et irritable, je me contente alors de cataplasmes de mie de pain ou de fécule de pommes de terre sur lesquels on étend de l'huile camphrée ou tout simplement de l'huile d'amande douce. La médication que je viens d'exposer, aidée, bien entendu, du repos au lit pendant la période aiguë, du soin de tenir les bourses légèrement relevées, pour éviter la pression des cuisses, d'une alimentation restreinte, est celle que j'emploie généralement, et elle me donne d'excellents résultats.

Les onctions mercurielles ne conviennent pas toujours pendant la période aiguë de l'épididymite : c'est lorsqu'il y a de l'œdème de la peau des bourses. On doit alors recourir à des applications de compresses imbibées d'eau végéto-minérale, on a recours à des cataplasmes froids sur lesquels on répand le même résolutif, et l'on ne commence l'usage du corps gras que lorsque l'infiltration séreuse a disparu.

On a conseillé, contre l'état aigu de l'orchite blennorrhagique,

l'application de la boue de rémouleur, du sulfate de fer ou de l'alun. Mais ces toniques, presque toujours inefficaces, peuvent par leur répercussion trop énergique déterminer des accidents auxquels je crains d'exposer les malades, aussi je les rejette absolument.

La compression du testicule enflammé a eu quelques moments de vogue. Expérimentée d'abord par M. Velpeau, elle a été plus tard très préconisée par le docteur Frike (de Hambourg). Elle se fait au moyen de bandelettes de sparadrap, qu'on doit imbriquer les unes sur les autres. Mais cette application est très difficile à faire exactement, et si on laisse le moindre espace entre les bandelettes, la peau du scrotum et quelquefois le testicule lui-même font hernie, ce qui, loin de calmer l'inflammation, contribue encore à l'augmenter par l'étranglement qui peut s'ensuivre, aussi est-elle généralement abandonnée.

L'application d'une couche de collodion sur le scrotum, conseillée par M. Bonnafont en vue d'obtenir une compression douce et égale, n'est guère employée, c'est un moyen qui m'a toujours paru très peu fidèle.

Quel que soit le mode de compression qu'on veuille employer, ce n'est jamais que quand la maladie tend à passer à l'état chronique, et lorsque depuis longtemps il n'y a plus de douleur, qu'on doit le mettre en usage. C'est également à l'état de chronicité bien établi que s'adressent les vésicatoires simples ou pansés avec l'onguent napolitain. Les applications de teinture d'iode, les douches d'une portée moyenne, et à l'intérieur l'iodure de potassium ou l'huile de foie de morue. Mais quand on a affaire à une simple induration de la tête ou de la queue de l'épididyme, il ne faut pas abuser de tous ces moyens, car le temps seul amènera la résolution et rendra à l'organe toute sa souplesse. Cependant il est prudent aussi de prévenir les malades qu'ils pourront conserver pendant des années, quelquefois même toute leur vie, un point d'induration. On rencontre, en effet, des individus d'un certain âge qui conservent des noyaux d'induration épididymaire, suites d'une orchite blennorrhagique contractée pendant la jeunesse, induration, du reste, toujours sans danger, et ne nuisant en aucune façon aux fonctions de l'organe.

Cystite. — La cystite, étudiée comme complication de la blennorrhagie, présente d'autant plus d'intérêt que peu d'auteurs jusqu'ici en ont parlé avec détails. Swediaur ne mentionne l'inflammation du col de la vessie, que pour la mettre au nombre des causes qui produisent l'ischurie et la dysurie.

J. Hunter parle en quelques lignes de l'irritation de la vessie ;

c'est lui qui, le premier, fait remarquer que cette affection se déclare dans la dernière période de la blennorrhagie.

Chopart, dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, donne sur cette complication des détails importants; le premier, il fait observer qu'en général, à la suite de la gonorhée, l'inflammation du col vésical seul se produit.

Boyer, Sœmmering, Ferrus, Lallemand, Vidal, M. Civiale, parlent d'une manière précise de la cystite qui vient compliquer la blennorrhagie.

Cette cystite est presque toujours bornée au col de la vessie; il est plus rare de voir le corps même du réservoir urinaire envahi par l'inflammation : aussi, toutes les fois qu'on parle de cette complication de la chaudepisse, il est pour ainsi dire entendu qu'il s'agit de l'inflammation du col.

La cystite du col vésical se déclare dans la dernière période de la blennorrhagie, aussi est-il facile d'expliquer la manière dont elle se produit. L'élément phlegmasique s'avance progressivement dans l'intérieur de l'urèthre; il envahit les parties profondes, et bientôt par voie de propagation, le col de la vessie se trouve pris lui-même. Toute autre explication ne me semble pas rationnelle, aussi ne m'arrêterai-je pas à discuter la valeur des théories qui pourraient être invoquées ici et que j'ai déjà combattues en étudiant l'orchite.

Etiologie. — La blennorrhagie est la cause nécessaire, la cause première de l'inflammation du col vésical; mais le plus souvent l'affection ne se produit que sous l'influence des causes occasionnelles. Ainsi, dans la dernière période de la chaudepisse, lorsque l'inflammation a remonté dans l'urèthre, les excès de coït amèneront souvent la cystite du col. Les fatigues de tout genre, les excès de marche, de boissons telles que l'alcool, le vin blanc, la bière, favorisent le développement de cette complication.

On a accusé les injections de produire la cystite du col, en disant que le liquide poussé avec force vient irriter le col même de la vessie, mais cet argument n'a pas de valeur. Les injections ne remontent jamais aussi loin dans l'urèthre, et si quelquefois elles déterminent la cystite, c'est que, par leur causticité elles amènent une recrudescence dans l'inflammation uréthrale; il en résulte un retentissement vers le réservoir urinaire et il se produit ce que les pathologistes appellent une rétrocession inflammatoire.

On a dit que le cubèbe et le copahu causent quelquefois une irritation du col de la vessie; je ne le nie pas absolument. Sans doute, lorsque les balsamiques sont donnés intempestivement et à doses trop fortes, ils peuvent irriter le col vésical et même amener

une véritable inflammation; mais, lorsque le cubèbe et le copahu sont donnés à doses ordinaires et en temps opportun, c'est-à-dire dans la dernière période de la chaudepisse, je crois que s'il arrive une cystite, on ne doit pas l'attribuer aux balsamiques, mais bien à la marche naturelle de l'élément phlegmasique.

Symptômes. — Lorsque la cystite est légère, il n'existe pour ainsi dire que des symptômes locaux. Il est rare de trouver des signes précurseurs, l'embarras gastrique signalé dans l'orchite ne se rencontre presque jamais, mais il y a quelquefois un accès de fièvre bien prononcé.

La cystite débute par une gêne plus ou moins grande vers le périnée; cette gêne est accompagnée quelquefois d'une douleur qui s'étend vers la région lombaire en suivant le trajet des uretères. Les besoins d'uriner sont fréquents. La miction n'est pas encore pénible, seulement comme la vessie se vide d'une manière imparfaite, le malade est obligé de faire des efforts incessants.

Mais bientôt la gêne du périnée se transforme en une douleur très vive qui s'irradie du col de la vessie vers le méat urinaire et quelquefois vers les testicules, si bien qu'on pourrait croire au début d'une orchite. Les envies d'uriner deviennent de plus en plus fréquentes; le col vésical est le siége d'une ardeur vive, d'un ténesme violent. La miction est un véritable supplice pour le malade. A peine quelques gouttes d'urine sont-elles écoulées, le col se contracte de nouveau comme s'il ne pouvait pas rester un instant dilaté, et c'est lors de cette contraction que la douleur redevient plus aiguë. Elle s'apaise, mais pour reparaître bien vite.

Quelquefois, malgré tous les efforts du patient, l'excrétion de l'urine est impossible; alors, en proie aux souffrances les plus atroces, le malheureux malade se cramponne aux objets qui l'entourent. Guidé par l'instinct de calmer ses angoisses, il use d'un artifice qui amène dans certains cas, du soulagement; d'une main, il comprime de toutes ses forces son périnée dans le point correspondant au col vésical et de l'autre il serre vigoureusement l'extrémité de sa verge.

Lorsqu'on examine l'urine rendue dans ces efforts, on la trouve quelquefois claire, mais le plus souvent colorée en rouge, comme mêlée de sang : à la fin de la miction il arrive parfois que quelques gouttes de sang pur s'échappent.

Nous avons dit tout à l'heure qu'en général les symptômes locaux existent seuls, sans doute, si la cystite dure peu de temps; mais si elle dépasse sa limite ordinaire qui est de quelques jours, si elle est très aiguë, aux symptômes locaux viennent se joindre des symptômes généraux : du malaise, de la fièvre, de l'inappé-

tence; une soif ardente à laquelle le malade résiste dans la crainte d'augmenter ses urines. Dans certains cas, la fièvre est intense; le pouls est dur et fréquent, le facies est animé. Il y a des nausées, des vomissements. Quelquefois enfin, mais rarement, l'anxiété est remplacée par une agitation continuelle; alors surviennent du délire, de l'insomnie; heureusement l'existence simultanée de tous ces symptômes est rare, même lorsque la cystite est très aiguë.

L'inflammation ne se borne pas toujours au col du réservoir urinaire, elle peut envahir le corps entier de la vessie; alors la douleur n'occupe pas que le périnée, elle remonte vers l'hypogastre qui devient très sensible à la pression; elle s'irradie du côté des aines. Dans ces cas, il existe ordinairement de l'incontinence; la vessie est complétement inerte : à mesure que l'urine arrive dans le réservoir, elle s'en échappe. Cependant la rétention alterne avec l'incontinence; alors l'urine s'accumule dans la vessie qui se distend et vient faire saillie au-dessus du pubis, et l'on est obligé de recourir au cathétérisme.

Les symptômes ne sont donc pas absolument les mêmes suivant que la cystite est générale ou partielle. Du reste, cette remarque n'a pas échappé à Sœmmering dans son livre des *Maladies des voies urinaires*. C'est lui qui, le premier, dit que le rectum est affecté sympathiquement lorsque l'inflammation se montre à la région postérieure de la vessie. Sans doute je n'admets pas la théorie de Sœmmering, mais le fait n'en subsiste pas moins; il arrive en effet quelquefois qu'il se développe une inflammation violente de la cloison vésico-rectale. Il existe alors une sensation plus ou moins grande de pesanteur vers l'anus. Le toucher rectal est douloureux et l'introduction de la canule pour donner un lavement est souvent même très pénible.

Lorsque l'inflammation occupe le bas-fond de la vessie, outre les signes dont je viens de parler, on observe des douleurs plus ou moins vives qui montent obliquement vers les reins en suivant le trajet des uretères. On a cité des cas dans lesquels leur orifice se trouve oblitéré par le boursouflement de la muqueuse enflammée; alors l'urine s'accumule dans les uretères et les reins, elle distend ces organes et leur fait souvent acquérir un volume considérable. Dans ces cas, le malade est ordinairement pris de fièvre urineuse dont la mort peut être la conséquence.

Dans des cas très exceptionnels, l'inflammation dépasse même les orifices des uretères; elle envahit ces conduits et remonte jusqu'aux reins. Cette complication était connue de Morgagni. L'observation qu'il cite à ce sujet est très intéressante. Il s'agit d'un homme qui, à la fin de sa troisième blennorrhagie, ressentit des

douleurs vives au méat, accompagnées d'envies fréquentes d'uriner. On crut à une inflammation du col de la vessie. Des symptômes graves se déclarèrent et la mort s'ensuivit. A l'autopsie, aucune lésion ne fut constatée dans le réservoir urinaire, mais on trouva un abcès dans un des reins.

Bell a vu aussi des néphrites consécutives à des blennorrhagies. Il pense qu'elles peuvent arriver de deux façons, soit par simple retentissement nerveux, soit par continuité.

Vidal a eu dans son service un malade qui, entré pour une chaudepisse, fut pris de quelques symptômes de la néphrite, mais le malade se rétablit, et l'existence réelle de l'inflammation des reins est restée au moins très problématique.

Diagnostic. — Une seule affection pourrait être confondue avec la cystite, c'est la prostatite. Dans ces deux affections, il existe de la gêne au périnée et de la difficulté dans la miction. Mais le ténesme vésical est bien plus prononcé dans la cystite; en outre, la prostatite est caractérisée par une gêne plus ou moins grande pendant la défécation et lorsqu'on pratique le toucher rectal, on sent une tumeur plus ou moins volumineuse. En traitant de la prostatite, nous reviendrons avec détails sur le diagnostic de ces deux affections.

Marche. Durée. Terminaison. — En général, la cystite a une marche rapide. Il est rare qu'au bout de deux ou trois jours, elle n'ait pas atteint son summum d'intensité; du moins c'est là ce qui arrive quand aucune complication ne vient retarder la marche de la maladie. Mais il est de remarque que moins les symptômes sont aigus, plus leur durée est longue.

La cystite peut se terminer par résolution, par suppuration et par gangrène. Elle passe quelquefois à l'état chronique.

La terminaison par résolution est la plus fréquente et la plus heureuse. Elle est annoncée par la décroissance graduelle des symptômes. Les envies d'uriner deviennent de moins en moins fréquentes, le ténesme vésical s'apaise, la gêne du périnée disparaît, les angoisses cessent et le patient commence à jouir du calme qu'il désire si vivement.

La terminaison par suppuration est rare; je veux parler non pas de cette suppuration légère qui accompagne le catarrhe et qui est fournie par la muqueuse de la vessie, mais de la suppuration des trois couches vésicales, en un mot d'un véritable foyer purulent. Le pus de cet abcès peut se faire une issue dans le réservoir urinaire, alors l'urine devient lactescente, mêlée de stries sanguinolentes. Quelquefois il arrive que le foyer purulent s'ouvre à travers la cloison recto-vésicale. Enfin dans quelques cas, le pus

fuse dans le tissu cellulaire du petit bassin et de là vers le périnée ou sur les côtés du rectum. C'est à Chopart que nous devons les premières observations de ces complications graves de la cystite. C'est lui qui le premier insiste avec raison sur cette terminaison souvent mortelle de l'affection qui nous occupe.

La cystite passe quelquefois à l'état chronique et amène un catarrhe plus ou moins tenace, quoique les catarrhes de la vessie aient généralement une autre cause. Lallemand, dans un mémoire sur l'inflammation chronique du col de la vessie, rapporte plusieurs observations intéressantes, desquelles il conclut que la cautérisation du col de la vessie est dans ces cas le meilleur moyen thérapeutique.

Il me reste à parler de la terminaison de la cystite par la gangrène. Quelques auteurs, Chopart entre autres, la regardaient comme très grave. Quant à moi, j'en ai observé plusieurs cas où les malades ont guéri, mais il s'agissait d'une gangrène très superficielle, que j'appellerais volontiers épithéliale, qui se révèle par une odeur caractéristique des urines, lesquelles renferment quelquefois des débris d'eschares. Il y a loin de là à une mortification de toutes les parois vésicales.

Pronostic. — Le pronostic est en général favorable ; il n'a de gravité qu'autant qu'il existe des complications.

Traitement. — Les moyens thérapeutiques à employer contre la cystite sont nombreux. Dès le début, le premier remède qu'on doit prescrire est une évacuation sanguine. Quelques médecins prescrivent la saignée du bras, de préférence aux sangsues dans la crainte d'amener une fluxion dans un lieu trop voisin de l'organe malade. Lorsqu'on a soin d'en appliquer un certain nombre, cette crainte n'est réellement pas fondée ; aussi je n'hésite jamais à faire appliquer des sangsues à l'hypogastre ou au périnée, suivant que le col ou le corps de la vessie est atteint. La saignée du pied recommandée par Sœmmering et la saignée de la veine dorsale de la verge vantée par Chopart sont abandonnées.

Après les évacuations sanguines, on doit employer les bains tièdes et longtemps prolongés, les cataplasmes laudanisés, belladonés ou camphrés.

On devra ensuite entretenir la liberté du ventre avec des purgatifs légers et des lavements émollients. En même temps on prescrira des boissons rafraîchissantes prises en moyenne quantité, et si le malade redoute d'uriner, on pourra tromper sa soif avec du jus d'orange, de citron ou un sirop acide quelconque.

Quelquefois la cystite est accompagnée de rétention d'urine ; on

y remédie par le cathétérisme. Mais ici se présente une question importante et sur laquelle les auteurs ne sont pas d'accord. Doit-on laisser la sonde à demeure, ou sonder le malade de temps en temps? Contrairement à ceux qui laissent la sonde dans la vessie, sous prétexte qu'une fois retirée, elle est quelquefois difficile à réintroduire, j'aime mieux répéter le cathétérisme que de laisser séjourner une sonde qui, faisant corps étranger, entretiendrait le ténesme vésical.

L'incontinence d'urine, qui a lieu quelquefois pendant l'acuité de la cystite du col, peut persister alors que tous les symptômes inflammatoires ont disparu. J'en montrais dernièrement un exemple à ma clinique. Le malade n'avait plus aucune douleur du côté des voies urinaires, mais il lui était impossible de retenir la moindre quantité d'urine dans la vessie. Cette incontinence dura plus d'un mois; elle finit par céder sous l'influence des frictions à l'hypogastre et au périnée avec le baume Fioraventi, des lavements frais et d'une pustulation déterminée sur le bas-ventre par des frictions d'huile de croton.

Si la cystite tend à devenir chronique, on emploiera avec succès les balsamiques, la térébenthine, les onctions stibiées ou l'huile de croton sur la région hypogastrique. Nous avons dit déjà que dans ces cas, Lallemand pratiquait la cautérisation du col de la vessie. Les vésicatoires ont été aussi conseillés, mais comme la cystite cantharidienne peut en être la conséquence, il sera bon de s'en abstenir, à moins qu'il s'agisse d'un catarrhe rebelle, cas auquel la cystite cantharidienne pourrait agir comme substitutive.

En même temps qu'aux moyens précédents, il est utile d'avoir recours aux eaux de Vichy, de Contrexeville, de Balaruc, aux bains alcalins ou sulfureux.

Prostatite. — Comme complication de la blennorrhagie, la prostatite a été peu étudiée jusqu'à présent. J. Hunter en parle vaguement dans son chapitre de la tuméfaction de la prostate, B. Bell la connaît mieux, Swediaur la décrit d'une manière incomplète sous le nom de gonflement de la glande prostate. Everard Home paraît saisir la relation qui existe entre la prostatite et la blennorrhagie, mais dans son *Traité des maladies de la glande prostate*, nous ne trouvons pas de description qui élucide nettement le sujet.

Depuis cette époque plusieurs auteurs ont écrit des articles importants sur la prostatite : ainsi, Bégin, M. Velpeau, M. Verdier, Lallemand, M. Mercier, M. Béraud. Vidal dans son *Traité de pathologie chirurgicale* rapporte trois observations intéres-

santes, mais aucun de ces auteurs, si ce n'est le dernier, ne traitent spécialement de la prostatite blennorrhagique.

Etiologie. — Pour que l'inflammation envahisse la prostate, il faut que la chaudepisse soit à sa dernière période, il faut que l'élément phlegmasique occupe les parties profondes de l'urèthre.

Pour expliquer cette complication de la blennorrhagie, nous rejetons encore une fois la théorie de la métastase, ne reconnaissant comme vraie et rationnelle que la propagation de l'inflammation par continuité de tissu. Cette propagation peut s'effectuer de deux manières différentes. Tantôt l'inflammation traverse les diverses couches qui la séparent de la prostate et envahit d'emblée le corps même de la glande. Tantôt l'inflammation s'empare des conduits prostatiques qui s'ouvrent autour du vérumontanum, chemine dans leur intérieur et enflamme consécutivement le tissu cellulo-fibreux qui forme la gangue de la prostate.

La prostatite peut se manifester sous l'influence de causes occasionnelles nombreuses, c'est ainsi que les abus de coït, les excès de table et les liqueurs alcooliques, en un mot, les fatigues de toute espèce favorisent son développement. La constipation doit être rangée au nombre des causes fréquentes de la prostatite. Il en sera de même des hémorrhoïdes et de la fissure à l'anus.

Le cubèbe et le copahu donnés à trop fortes doses et d'une manière intempestive sont regardés, ainsi que les injections irritantes, comme causes occasionnelles.

Symptômes. — Les symptômes locaux sont toujours accompagnés de symptômes généraux plus ou moins intenses. Ainsi, en même temps que la gêne du périnée, survient un malaise général; puis la fièvre s'établit, la peau devient chaude; le pouls est large et fréquent; l'appétit disparaît. Quelquefois l'anxiété est assez grande pour empêcher le sommeil. L'insomnie est encore favorisée par la douleur gravative, pulsative, qui se fait sentir vers le périnée. Cette douleur semble pour ainsi dire peser sur le fondement. La miction est parfois difficile et dans certains cas impossible; alors il existe une véritable rétention d'urine. La défécation est ordinairement pénible; aussi les malades la redoutent. Souvent au contraire, la tuméfaction de la prostate leur fait croire à la présence de matières fécales dans le rectum et ils font des efforts pour les expulser, mais ce sont de vains efforts qui ne font qu'augmenter encore la douleur.

Le doigt introduit dans le rectum reconnaîtra, à quelques centimètres au-dessus de l'anus, une tumeur plus ou moins volumineuse, faisant quelquefois dans l'intestin une saillie considérable. Cette tumeur est douloureuse, chaude, dure, ou fluctuante

si la maladie se termine par suppuration. Il est facile de limiter ses contours en bas et de chaque côté : son diamètre transversal est donc appréciable. Mais le plus souvent, quelle que soit la profondeur à laquelle on introduise le doigt, il est impossible de sentir le bord supérieur. Le toucher rectal permet encore de se rendre compte des points de la glande que l'inflammation a surtout envahis ; c'est ainsi qu'on peut constater une saillie plus considérable à droite ou à gauche, suivant qu'un des lobes est plus enflammé que l'autre.

Si l'on introduit une sonde dans l'urèthre, elle buttera bientôt contre un obstacle constitué par la prostate tuméfiée. Ce temps d'arrêt forcé cause une douleur très vive que produit la présence de la sonde au niveau de la prostate. L'obstacle est du reste franchi facilement, car le canal n'est pas rétréci; il est seulement aplati mécaniquement, et lorsque la moitié de la prostate est tuméfiée, il est incurvé du côté sain.

Combiné avec le toucher rectal, le cathétérisme permettra de mieux constater encore les signes dont je viens de parler.

Diagnostic. — Dès le début, le diagnostic n'est pas toujours facile ; on hésite à se prononcer entre une prostatite ou une cystite. Il existe en effet dans les deux cas, de la douleur au périnée et une difficulté très grande pour uriner. Une attention sérieuse permettra pourtant de reconnaître une différence réelle dans les symptômes. Ainsi la cystite n'est que rarement, au début, accompagnée de fièvre, d'embarras gastrique, des symptômes généraux qui ne manquent presque jamais avec la prostatite.

Dans la cystite, le ténesme vésical est le plus souvent intense; les besoins d'uriner se font sentir fréquemment. Dans la prostatite, il n'y a pas de véritable ténesme vésical et les envies d'uriner se manifestent moins souvent. La douleur de la cystite s'irradie ordinairement du col vers le méat; c'est une sensation de cuisson, de brûlure intense. La douleur de la prostatite est gravative; on dirait d'un poids qui pèse sur le périnée.

Le cathétérisme et le toucher rectal compléteront le diagnostic.

Dans la cystite, la sonde ne rencontre pas l'obstacle contre lequel elle vient s'arrêter dans la prostatite. Malgré cela, on a plus de peine habituellement pour pratiquer le cathétérisme chez un individu atteint de cystite, parce que le col enflammé se révolte en quelque sorte contre la sonde et il faut quelquefois attendre un certain temps pour la faire pénétrer dans la vessie. Lorsqu'il y a prostatite, la sonde est sans doute arrêtée par un obstacle, mais pour un instant seulement; il suffit de la pousser légèrement, et l'obstacle est franchi.

La sonde introduite dans la vessie, le jet d'urine par son ouverture peut venir en aide au diagnostic. Sortant en bavant et sans force, dans le cas de paralysie des parois vésicales, sa sortie est au contraire très énergique dans le cas de prostatite où la vessie conserve toute sa force contractile.

Dans la cystite le toucher rectal ne fait constater aucune tumeur. Quand la cloison recto-vésicale est enflammée consécutivement, le doigt réveille bien en ce point une douleur plus ou moins vive, mais il ne sent pas de tumeur, comme dans la prostatite.

Durée. Terminaison. — La prostatite aiguë ne dure guère plus de huit jours.

Elle peut se terminer par résolution, par suppuration et passer à l'état chronique.

Lorsque la prostatite se termine par résolution, les symptômes commencent à diminuer vers le huitième jour, et souvent plus tôt. La fièvre s'apaise, la miction devient facile; la défécation est moins pénible et bientôt la tumeur disparaissant, tout rentre dans l'ordre. Cette terminaison est la plus commune.

La prostatite se termine quelquefois par suppuration. Il se forme un véritable abcès, et cet abcès s'ouvre tantôt dans la vessie ou dans l'urèthre, tantôt dans le rectum. Il peut s'ouvrir dans la vessie et dans le rectum à la fois. Enfin l'on a vu le pus fuser dans le tissu cellulaire du petit bassin, le long du rectum et venir se faire jour à la marge de l'anus.

La terminaison ne sera pas toujours malheureuse si le pus vient se montrer au périnée. Il en sera de même, si le foyer purulent s'ouvre dans le rectum, car l'orifice de communication étant très petit, les matières fécales peuvent difficilement s'introduire par cette ouverture.

Si l'abcès s'ouvre dans l'urèthre et dans la vessie, la terminaison sera le plus souvent fâcheuse. L'urine, en s'infiltrant dans le foyer, décollera bien vite presque tous les éléments de la glande qui, ramollis, désorganisés par le pus, s'élimineront avec lui, de sorte qu'à la place de la prostate, il ne reste plus qu'une coque fibreuse, un sac dans lequel s'accumulent le pus et l'urine. Il se forme alors une caverne urineuse. Ce travail de suppuration de la prostate enflammée s'appelle avec raison la fonte de la prostate. M. Velpeau le premier en a donné une bonne description.

Quand l'abcès s'ouvre dans la vessie et dans le rectum tout à la fois, on comprend comment les urines s'écoulent par l'anus, comment il s'établit des fistules urinaires qu'on a de la peine à guérir.

La prostatite peut passer à l'état chronique. Avec ou sans

hypertrophie, dans ce dernier cas, il suinte de temps à autre par le méat un liquide clair, visqueux. Cette espèce d'écoulement n'a rien de grave. Il augmente à la suite des excès et est accompagné le plus souvent de douleurs périnéales quelquefois très vives.

Enfin la prostatite peut avoir une terminaison très grave; l'inflammation peut se propager au péritoine. M. Ricord a observé quelques cas de ce genre.

Traitement. — Dès le début de la prostatite, il est bon d'employer les émissions sanguines générales et locales. On pratiquera une saignée du bras plus ou moins abondante suivant la force des sujets. Des sangsues seront appliquées au périnée ou à la face rectale de la prostate. Les émissions sanguines peuvent être renouvelées plusieurs fois.

En même temps le malade prendra chaque jour un grand bain. Il boira des tisanes émollientes, prendra de légers purgatifs et des lavements laxatifs afin d'éviter la congestion que produiraient à la région périnéale les efforts de la défécation. Il tiendra constamment appliqué sur le bas-ventre des cataplasmes qu'on pourra au besoin arroser de laudanum, et il devra se priver d'aliments pendant la période la plus aiguë.

Comme topique local, on a beaucoup préconisé l'onguent mercuriel étendu sur le périnée, mais il n'a réellement de valeur qu'autant qu'il est mélangé avec l'extrait de belladone.

Si le toucher rectal permet de sentir une tumeur fluctuante, doit-on l'ouvrir tout de suite ou attendre que la suppuration s'établisse elle-même? Il vaut incontestablement mieux pratiquer une incision au moyen du bistouri ou imiter Desprès qui conseillait d'ouvrir ces abcès avec l'ongle taillé en pointe. Si l'abcès fait saillie vers l'urèthre, ce que l'on constate toujours difficilement, il est bon de suivre la conduite de J.-L. Petit : la sonde est introduite dans l'urèthre, et quand elle est arrivée au niveau de l'obstacle, on fait quelques efforts pour rompre le foyer purulent. Ce mode opératoire réussit assez souvent. Il est urgent d'y avoir recours le plus tôt possible pour éviter les décollements. Lorsqu'on l'aura employé, il sera bon de sonder le malade de temps à autre, afin que l'urine ne vienne pas à s'introduire dans le foyer. Enfin, l'abcès peut se faire route par le périnée, alors il est utile aussi d'ouvrir de bonne heure, car le pus pourrait fuser entre les diverses couches périnéales et amener de graves accidents.

Quelquefois, malgré toutes les précautions prises par le médecin, le parenchyme glandulaire désorganisé par la suppuration est éliminé, et il ne reste plus qu'une coque fibreuse, cloaque où le pus et l'urine s'accumulent. Dans ces cas, il est bon d'essayer

les injections de teinture d'iode dans la caverne. J'ai eu à traiter un malade chez lequel j'ai employé ce moyen avec succès; mais je m'empresse d'ajouter que s'il a guéri de sa caverne urineuse, il a conservé un rétrécissement de l'urèthre.

Lorsque la prostatite a passé à l'état chronique ou lorsque l'inflammation n'a été que très légère, il survient quelquefois un écoulement auquel on a donné le nom d'uréthro-prostatique, et qui est constitué par un liquide clair et visqueux, assez abondant pour tacher et gommer pour ainsi dire la chemise. Ce liquide est filant entre les doigts; il paraît au méat sous forme de filaments transparents qui s'allongent et qui flottent dans l'urine. Souvent il est pris par les malades pour du sperme, mais l'examen au microscope, en constatant l'absence des spermatozoaires, prouve que ce liquide n'est pas séminal. Cet écoulement se produit surtout sous l'influence des excès et aussi pendant les efforts de la défécation, lorsqu'il y a constipation. L'idée que ce liquide peut être du sperme tourmente beaucoup les malades et souvent à un point tel qu'ils se croient atteints d'une maladie grave. Aussi le médecin doit-il remonter le moral du malade, lui faire entrevoir que sa maladie est peu sérieuse et qu'elle ne peut avoir aucune des conséquences qu'entraîneraient les pertes séminales. On conseillera les distractions de toutes sortes, les bains de mer, l'hydrothérapie, les bains froids. On obtiendra de ces moyens thérapeutiques de bons résultats, surtout si l'on a soin de recommander aux malades un bon régime, une hygiène sagement dirigée, du fer et du quinquina.

C'est principalement à la prostatite catarrhale chronique que s'adresse cette médication, il y faut insister surtout lorsque l'on peut constater un engorgement persistant de la glande; mais quand il existe une véritable hypertrophie, les moyens à lui opposer doivent être plus énergiques; c'est alors qu'il convient de recourir aux médicaments internes, tels que la teinture d'iode, l'iodure de potassium à doses peu élevées, l'huile de foie de morue, les bourgeons de sapins en tisane ou en sirop, le tolu, la térébenthine et même le copahu, et localement le plus près possible de l'organe malade, les applications de pommades fondantes, mercurielles ou iodurées, l'usage des douches sulfureuses, et enfin l'établissement d'un exutoire au périnée.

Ophthalmie blennorrhagique. — Saint-Yves le premier a décrit une ophthalmie causée par l'écoulement blennorrhagique. Astruc en parle d'après cet auteur, et donne une assez bonne description d'une des formes de cette complication.

On ne trouve rien à ce sujet dans le livre de Hunter. Swediaur reste au-dessous de ses devanciers, bien qu'il s'ef-

force d'établir une seconde variété d'ophthalmie gonorrhéique.

Depuis le commencement de ce siècle, tous les auteurs ont décrit au moins une espèce d'ophthalmie produite par la chaudepisse. Les traités spéciaux de syphilis et de maladies des yeux, les livres de chirurgie, en renferment tous une description.

Mais les ophthalmies dues à la blennorrhagie ne sont pas toutes identiques, et la nature des faits aussi bien que les nécessités de la description nous forcent à scinder notre sujet.

Il y a une ophthalmie blennorrhagique qui revêt la forme purulente, et une autre forme, moins aiguë et plus profonde, qui offre tous les caractères anatomiques de l'iritis séreuse ou de l'aquocapsulite.

Cette division n'est pas adoptée par tous les auteurs : M. Ricord (*Notes à Hunter*) divise ces ophthalmies d'après leur cause et leur mode de production, auxquels, il est vrai, il rattache la lésion et les symptômes ; mais cette manière de procéder est moins naturelle, et nous préférons celle que nous avons indiquée, et qui est du reste généralement adoptée.

L'ophthalmie blennorrhagique purulente est un catarrhe aigu de l'œil. Elle se rapproche de bien près des diverses ophthalmies purulentes, épidémiques et contagieuses, connues sous les noms d'*ophthalmie contagieuse des adultes*, *ophthalmie égyptienne, des armées*, et aussi de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Cette forme est la plus anciennement connue ; c'est d'elle seulement que parlent Saint-Yves et Astruc, et la plupart des auteurs du commencement de ce siècle.

Causes. — La cause nécessaire est la blennorrhagie uréthrale ; ni la balano-posthite, ni les écoulements vaginaux ou utérins ne sont aptes à la produire, et ceci nous rappelle que pour l'arthrite aussi nous verrons la nécessité du catarrhe uréthral. Mais la blennorrhagie peut produire l'ophthalmie purulente de deux manières bien différentes : 1° par le contact du pus blennorrhagique avec la muqueuse oculaire ; 2° par une action éloignée et indépendamment de tout contact.

Le premier mode de production n'est pas douteux. Astruc et Swediaur citent chacun un fait de contagion incontestable ; il s'agit, dans les deux cas, d'individus qui, porteurs de blennorrhagie uréthrale, continuèrent l'habitude de se laver les yeux avec leur urine. M. Florent Cunier (*Annales d'oculistique*) a, 45 fois sur 84, trouvé la preuve de cette inoculation. J'ai moi-même cité le fait suivant observé dans mon service :

Un individu, qui depuis longtemps portait un œil d'émail, contracta une blennorrhagie. Il mettait habituellement, le soir, l'œil

artificiel dans le verre qui lui servait à se laver la verge; aussi ne tarda-t-il pas à être pris d'une violente inflammation de la membrane qui tapissait l'orbite et le moignon de l'œil, avec douleurs violentes et écoulement abondant verdâtre.

M. Ricord a observé un fait semblable. (Communication orale.)

Pendant longtemps même, ce dernier auteur n'a admis que l'inoculation comme mode de production de l'ophthalmie blennorrhagique.

Pour que la contagion ait lieu, il suffit donc que du pus uréthral soit mis en contact avec la muqueuse oculo-palpébrale. Quelle que soit la source où a été contractée l'uréthrite, blennorrhagie de contagion, leucorrhée utérine ou vaginale, écoulement menstruel, le résultat est le même : les écoulements traumatiques ou de cause interne ne sont probablement pas exempts de cette propriété fâcheuse; mais je crois qu'on serait bien embarrassé d'en produire des exemples.

Le contact peut avoir lieu de manières fort différentes : tantôt le pus est porté aux yeux par le doigt du malade; tantôt l'urine qui jaillit, ou qu'un préjugé populaire fait employer en collyre, se charge de porter à l'œil le liquide contagieux. L'eau qui a servi à laver la verge ou des linges souillés, ces linges eux-mêmes peuvent être le véhicule de la contagion. Mis en contact avec l'œil d'un individu sain, le pus blennorrhagique produira la maladie d'une manière identique. Il existe de nombreux exemples de ce fait.

Le pus de l'urèthre seul, avons-nous dit, peut produire la maladie. Mais une fois établie, elle peut se perpétuer elle-même; car l'écoulement oculaire est éminemment contagieux. Ainsi l'on voit le pus de l'œil malade souiller et infecter l'œil sain, et, porté sur d'autres individus, développer sur l'œil contaminé la maladie d'où il provient.

Tous ces faits de contagion sont parfaitement démontrés. On peut bien citer quelques exceptions à cette règle. Il peut, à la rigueur, exister quelques individus rebelles à la contagion, mais, outre les faits cliniques qui sont parfaitement concluants, de nouvelles preuves ont été données par les expériences établies dans le but de guérir le pannus par l'inoculation de l'ophthalmie blennorrhagique. Toutes les fois que la surface de l'œil n'était pas profondément désorganisée, le contact du pus, venant d'une blennorrhagie ou d'une ophthalmie blennorrhagique, a amené une ophthalmie de même nature.

La contagion de l'œil à l'urèthre, vue quelquefois pour l'ophthalmie purulente, si analogue à celle que produit la blennorrhagie, est un fait moins bien connu, et qui reste encore à élucider.

La contagion à distance par les émanations blennorrhagiques, mise en avant pour expliquer quelques faits, n'est pas généralement acceptée, et il est inutile d'y insister. (*Voyez* Florent Cunier.)

Rappelons, en finissant, l'opinion de M. Thiry, qui n'admet la contagion que dans le cas de granulations uréthrales, produites alors par un virus spécial appelé *granuleux*.

Je me suis assez nettement prononcé déjà sur ce prétendu virus granuleux pour n'avoir pas besoin d'y revenir, et avant d'admettre qu'il peut seul déterminer l'ophthalmie, il faudrait d'abord que son existence réelle fût démontrée.

Mais la contagion n'est pas le seul mode de production de l'ophthalmie purulente; elle peut exister indépendamment de cette cause, et la plupart des syphilographes, ceux surtout du siècle dernier, ont principalement indiqué cette pathogénie tout en expliquant différemment le mécanisme de production.

L'ophthalmie blennorrhagique sans contagion est très nettement démontrée. Malgré la rareté de l'ophthalmie relativement à la fréquence de la blennorrhagie, la difficulté du contact direct sur la muqueuse oculaire est déjà une probabilité en faveur d'un autre mode de production. Mais, de plus, on voit cette complication survenir, non-seulement dans les classes inférieures, chez les individus peu soigneux de leur personne, mais aussi, dans les conditions les plus différentes, chez ceux que des exemples, ou leur propre expérience même, devaient mettre en garde contre toute négligence de ce genre. Astl. Cooper et M. F. Cunier en ont cité des cas remarquables; de plus, dans un nombre de faits assez considérables, on voit l'ophthalmie récidiver à chaque blennorrhagie en même temps, et sous la même influence évidente que l'arthrite, qui n'a rien à faire avec l'inoculation. De plus enfin, l'époque d'apparition qui a lieu souvent au déclin de l'écoulement, alors que celui-ci est déjà moins contagieux, tend aussi à éloigner cette idée.

Les auteurs les plus anciens qui ont étudié ce sujet ont bien reconnu la liaison intime qui existe entre l'ophthalmie et l'écoulement, indépendamment de toute infection syphilitique. Astruc lui-même insiste sur la différence qui sépare l'ophthalmie blennorrhagique de celles que produit la vérole constitutionnelle, dont l'action plus profonde, mais plus lente, affecte une marche toute différente.

La métastase a tout d'abord été invoquée par Saint-Yves, quoique l'époque qu'il assigne au début de la complication fasse croire qu'il a pris pour métastatique plus d'une ophthalmie d'inoculation. Cette doctrine a été admise par Astruc et Swediaur, et par des auteurs très récents. Je citerai Vidal, qui en fait la cause la plus

ordinaire. Mais le fait, admis par les anciens syphilographes, de l'apparition de l'ophthalmie au moment de la suppression de l'écoulement uréthral, n'est pas réel, et n'a pas résisté à l'observation. Donc, pas de métastase possible d'un flux qui ne cesse pas, dans l'immense majorité des cas au moins.

Invoquée par Scarpa et par Sanson, la sympathie qui unit les organes génitaux et l'œil n'explique rien, n'ajoute rien au fait lui-même.

Pour d'autres auteurs, la blennorrhagie ne serait qu'une prédisposition sous l'influence de laquelle l'économie ressentirait plus vivement l'effet des causes vulgaires, et les ophthalmies prendraient la forme purulente. Cette idée, présentée par Sanson, tombe devant l'observation.

Il faut donc ici encore invoquer une influence réelle, mais inconnue dans sa nature, et dont la simple constatation est préférable aux théories ingénieuses, mais hypothétiques, mises en avant.

Les causes prédisposantes ne sembleraient pas devoir exister pour l'ophthalmie par inoculation, en dehors des causes mêmes de la blennorrhagie. On doit cependant citer la malpropreté et les professions qui exposent aux contacts avec les malades atteints de blennorrhagie ou avec les objets souillés par eux.

Mais ce qui est notable, c'est l'immunité presque complète de la femme à l'égard de cette complication. La plupart des auteurs en nient l'existence dans le sexe féminin. Il en existe cependant des observations certaines et concluantes.

Mackensie et Fl. Cunier en ont cité des exemples.

J'en ai moi-même observé deux cas à l'hôpital de Lourcine.

L'ophthalmie gonorrhéique existe donc chez la femme ; mais sa rareté est fort remarquable. Cela tiendrait-il à la difficulté des contacts due au genre de vêtements et aux habitudes de ce sexe, comme on l'a supposé; je ne le crois pas, et je suis plus porté à penser avec M. Ricord que cela est dû à la rareté relative de l'uréthrite comparée aux autres écoulements qui sont englobés sous le nom de *blennorrhagie de la femme*. Ce qui assimilerait alors les conditions de production dans les deux sexes, c'est-à-dire l'inflammation uréthrale, obligée pour le développement de l'ophthalmie blennorrhagique, de même que je la suppose obligée aussi pour l'arthropathie blennorrhagique de la femme, comme nous le verrons en traitant de cette complication.

Dans la variété dite métastatique, il existe en dehors de la nécessité de l'uréthrite des causes prédisposantes. D'après tous les auteurs partisans de la métastase, la cause principale de cette affec-

tion serait la suppression ou la diminution subite de l'écoulement, par quelque cause que ce soit. Et, comme le dit Astruc dans son énergique langage : « Le virus ne se jette sur les yeux que repoussé par force, ou, plus rarement, par surabondance des organes génitaux où il se porte par le plus court chemin... Il est facile de juger pourquoi cette ophthalmie est si prompte, pourquoi le virus *ronge*, *perd* et *détruit* les molles cellules de la conjonctive, si on ne le détourne de l'œil vers sa voie ordinaire en rappelant l'écoulement uréthral. « Voilà la doctrine d'Astruc, sur laquelle il base en partie sa thérapeutique. Il en est de même de Swediaur, et ces idées, comme nous le verrons pour l'arthrite, ont encore eu cours pendant une partie de ce siècle.

Mais nous savons que l'ophthalmie blennorrhagique survient sans cessation de l'écoulement, et même sans diminution notable, et nous aurions trop souvent l'occasion d'invoquer la surabondance qui vient si commodément au secours de la doctrine ébranlée.

Le début de la blennorrhagie prédispose surtout à l'inoculation, à cause de l'acuité plus grande de l'inflammation. C'est, au contraire, à une époque plus avancée que la métastase se produit.

Mais il existe dans l'individu lui-même, et dans les circonstances où il se trouve, quelques conditions que l'on ne peut passer sous silence. Tous les auteurs indiquent la prédisposition aux ophthalmies vulgaires, l'irritation préexistante des yeux, l'exposition au froid humide, comme dans l'observation si connue de Swediaur ; l'exposition aux rayons lumineux. J'en ai cité un cas remarquable dans mes *Leçons sur les affections blennorrhagiques*. Toutes ces idées sont basées sur des faits, mais peu nombreux, et qui pourraient être de simples coïncidences; bien souvent on ne trouve ni dans la constitution du malade, ni dans les circonstances extérieures, rien qui puisse expliquer la venue de la complication, et c'est à la blennorrhagie urétrhale que l'on est forcé d'en faire remonter entièrement la cause.

On a invoqué aussi les influences épidémiques qui font qu'en certains temps, les ophthalmies blennorrhagiques sont beaucoup plus fréquentes, et en particulier les épidémies d'ophthalmie purulente, dont toutes les causes seraient aptes, d'après M. Ricord, à favoriser l'éclosion de l'ophthalmie blennorrhagique. Mais ces causes peuvent agir seules, et produire, sur des individus atteints de blennorrhagie, des ophthalmies complétement indépendantes de la cause uréthrale et simplement concomitantes. Ceci devient une affaire de pur diagnostic, sur laquelle nous aurons à revenir.

Symptômes. — L'intensité et la rapidité de la marche des phé-

nomènes inflammatoires forment les caractères spéciaux de cette affection. Elles ont frappé tous les auteurs.

Dans le cas où l'on assiste au début, voici ce qui s'observe : il y a d'abord de la chaleur, un léger prurit, avec sensation de corps étranger. Les paupières sont agglutinées par une petite quantité de mucus concret.

La rougeur apparaît bientôt sur la conjonctive, d'abord au niveau des paupières; rapidement intense, écarlate, elle gagne le globe oculaire. Dans quelques cas, ces signes permettront au médecin attentif, de diagnostiquer l'invasion avant que le malade se doute de la gravité du mal.

La conjonctive s'infiltre, et il se forme un chémosis d'abord séreux, et rapidement considérable. La cornée apparaît au fond d'une cavité évasée formée par le gonflement chémosique.

Les paupières offrent à l'extérieur une couleur d'un rouge sombre, brunâtre, et un gonflement particulier, presque caractéristique. La paupière supérieure, énormément distendue, recouvre presque en totalité l'inférieure, dont les cils sont quelquefois, par cette pression, retournés vers le globe oculaire.

Cette disposition, signalée par beaucoup d'auteurs, a été attribuée à la tuméfaction du cul-de-sac supérieur plus spécialement atteint. Quelquefois un spasme très énergique resserre les paupières, et si elles ne chevauchent pas l'une sur l'autre, le chémosis fait hernie entre elles et est étranglé à la manière d'un bourrelet hémorrhoïdal par le sphincter de l'anus, suivant la comparaison de M. Desmarres.

L'écoulement n'existe pas toujours au début, mais survient le plus souvent de très-bonne heure. D'abord séreux ou séro-sanguinolent, il offre bientôt des stries louches, puis une apparence complétement purulente.

La suppuration, semblable à l'écoulement uréthral et tachant le linge comme lui, coule en abondance sur la joue, qu'elle rougit et excorie quelquefois; ce qui cause au malade une vive cuisson.

Ce pus peut présenter une partie plus épaisse, tenace, adhérente à la conjonctive boursouflée, dont elle n'est détachée que par un jet liquide assez puissant.

A mesure que l'écoulement devient plus foncé, il se développe des granulations sur la conjonctive comme dans toutes les ophthalmies purulentes. Elles occupent surtout les paupières, région plus riche en glandules, à la lésion desquelles on attribue leur formation.

Le chémosis, de séreux, devient phlegmoneux ou hématique, et la conjonctive prend cet aspect charnu, signalé déjà par Saint-

Yves. C'est alors que la cornée transparente, qui pendant les premiers jours ordinairement est restée intacte, commence à son tour à être menacée. Quelquefois ce n'est qu'au bout d'un temps plus long, comme un septénaire; dans d'autres cas, au contraire, la lésion, plus rapide, détruit la cornée en quelques heures.

La cornée peut être envahie de deux façons, ou bien elle devient instantanément grisâtre dans toute son étendue, se ramollit, se détache entièrement. C'est un vrai sphacèle général d'emblée.

Mais le ramollissement est quelquefois partiel, et il se forme des saillies qui produisent une inégalité apparente des diamètres de la cornée. Il s'y forme aussi de petits abcès, des ulcérations plus ou moins larges, et l'on peut voir la destruction avancer, couche par couche, de la superficie à la profondeur de cette membrane.

D'autres fois une ulcération linéaire, en coup d'ongle, apparaît à la périphérie de la cornée, peu à peu en fait le tour, circonscrivant dans un cercle jaunâtre la partie centrale, quelquefois restée transparente. Mais cette partie devient bientôt opaque, et la cornée peut se détacher en masse, amenant ainsi l'issue du cristallin et la hernie de l'iris.

Cette forme, moins rapide que la précédente, est un sphacèle par étranglement inflammatoire. Elle est produite surtout par le chémosis phlegmoneux. C'est ordinairement, dit Mackensie, du douzième au quatorzième jour que la perforation arrive, souvent pendant la nuit, et elle s'accompagne d'une sensation de déchirure.

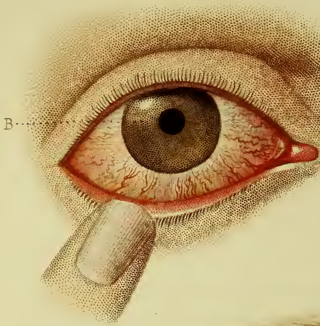
Mais quelquefois le mal s'arrête en chemin et laisse intacte une partie de la cornée; le sillon se détache en quelques points seulement, par lesquels l'iris peut venir faire saillie. La cornée est aplatie et paraît plus étroite, et quoiqu'elle conserve quelquefois sa transparence, la vision est très compromise.

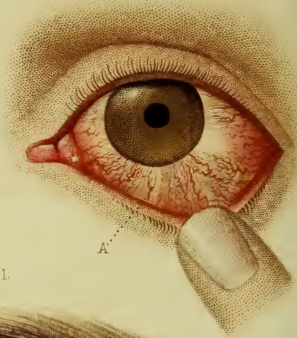
Dans d'autres cas, les accidents marchent avec rapidité et amènent en quelques heures la perte de l'œil.

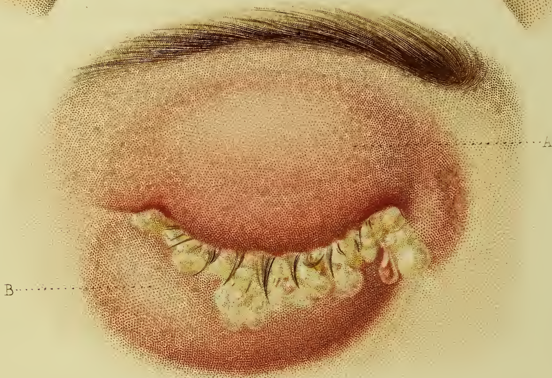
Arrivée à ce summum, ou même plus tôt, la maladie s'arrête, et que l'œil soit ou non sacrifié, un travail de résolution s'établit. Mais il faut se défier des améliorations apparentes; c'est souvent après une de ces rémissions, qu'on voit réapparaître les accidents les plus formidables, et la cornée jusque-là saine, tomber tout à coup en suppuration.

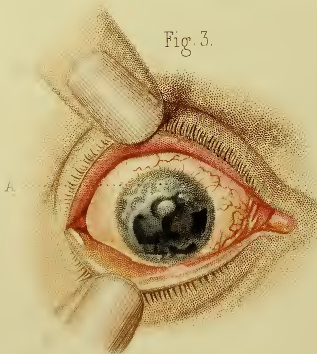
La douleur est peu intense au début, elle s'établit avec le chémosis et l'écoulement séreux. D'abord gravative, elle se fixe dans l'orbite, puis elle envahit le front, les tempes, les dents; elle peut s'étendre à toute la tête, que traversent des élancements atroces.

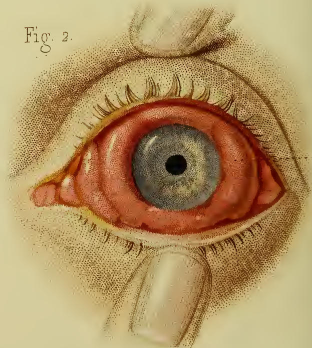
Pl. 9.











Picard sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE IX.

OPHTHALMIES BLENNORRHAGIQUES.

FIG. 1. — *Ophthalmie existant sur un jeune homme atteint de blennorrhagie depuis sept semaines.*

Les paupières sont très tuméfiées, rouges, surtout la paupière supérieure, A, qui recouvre en partie la paupière inférieure, B. La suppuration est très abondante.

FIG. 2. — *Chémosis intense.*

Il est constitué par un bourrelet, A, que forme autour de la cornée la conjonctive infiltrée et boursouflée.

FIG. 3. — *Staphylôme de l'iris survenu à la suite d'un chémosis.*

La cornée s'est ramollie et perforée, et l'iris est venu former la saillie A.

FIG. 4 et 5. — *Ophthalmie double existant sur un homme atteint de blennorrhagie depuis quinze jours.*

La conjonctive est très injectée, surtout au niveau des culs-de-sac oculo-palpébraux inférieurs, A. La conjonctive semble légèrement œdématiée, mais il n'y pas de chémosis.

On admet généralement, et d'après une observation bien faite, que l'ophthalmie par inoculation est plus rapide et plus grave; ce fait est en désaccord avec l'opinion des auteurs du siècle dernier, et même de Scarpa, qui, comme Beer, regardait comme très légère l'inflammation causée par le contact sur l'œil du pus blennorrhagique.

Il faut tenir compte de la constitution du malade, de l'état antérieur de l'organe de la vision, des habitudes. On a indiqué l'usage des alcooliques comme constituant une prédisposition fâcheuse (Mackensie).

Diagnostic. — Ce n'est qu'avec l'ophthalmie purulente que peut se confondre l'affection qui nous occupe; car le chémosis, l'écoulement purulent, la marche rapide, ne permettent pas la confusion avec toute autre maladie.

Chez l'enfant nouveau-né il n'est pas facile d'établir si la contagion a eu lieu au passage de la tête dans le vagin. Tout le monde s'accorde à reconnaître que cette contagion doit être excessivement rare, et beaucoup d'auteurs en nient la possibilité; d'autres au contraire l'admettent, non-seulement pour la véritable blennorrhagie de la mère, mais encore pour les écoulements propres à la grossesse. Le diagnostic ne peut se fonder que sur des probabilités plus ou moins nombreuses : l'absence d'épidémie, l'apparition rapide de l'affection, l'existence d'une vaginite et surtout d'une uréthrite chez la mère, pourront faire croire à une blennorrhagie oculaire contractée au passage. Les circonstances opposées porteraient à un diagnostic contraire; les symptômes et la marche n'apportent ici aucune lumière.

Chez les adultes, il n'en est plus de même, et malgré la grande ressemblance des symptômes dans les deux cas, on s'est efforcé de donner des signes distinctifs; quelques-uns sont peu sérieux, tels que la coloration moins foncée des paupières et du chémosis (Mackensie.) D'autres ont complaisamment indiqué la couleur cuivrée comme indice de la nature spécifique de la maladie!

M. Hairion a donné comme pathognomonique le bubon préauriculaire; mais cet accident peut se rencontrer dans l'ophthalmie purulente comme dans l'ophthalmie scrofuleuse, et il n'est pas plus constant dans l'ophthalmie gonorrhéique que dans les autres.

Le début de la rougeur par la conjonctive bulbaire est un mauvais signe, puisque nous avons vu la maladie commencer le plus souvent par les paupières; et de plus, il est bien rare qu'on arrive à temps pour le constater.

La localisation à un seul œil est peut-être plus fréquente dans l'ophthalmie blennorrhagique, mais dans la variété par inocula-

tion. Seulement ce caractère, qui ne se rencontrerait pas une fois sur mille, dans l'ophthalmie purulente (Vetch), n'appartient pas non plus à l'ophthalmie métastatique.

La rapidité plus grande de la marche a été ainsi indiquée.

Mais de tous ces signes on ne peut tirer que de vagues présomptions. Ce qui éclaire surtout le diagnostic, c'est la présence chez le malade de la blennorrhagie uréthrale, et encore, lorsque l'accident est le produit de la contagion, les indices précis d'une contamination par le pus de l'urèthre ou de l'œil du malade lui-même, ou d'une autre personne.

De plus, l'ophthalmie blennorrhagique, bien que plus fréquente à certaines époques, n'est jamais franchement épidémique ni contagieuse à distance. Mais on conçoit les difficultés du diagnostic s'il s'agit, au milieu d'une épidémie, de constater la nature et la provenance d'ophthalmies purulentes sur des sujets atteints de blennorrhagie, et également exposés à l'action des deux causes.

On a voulu encore distinguer l'une de l'autre les deux variétés d'ophthalmie blennorrhagique. On peut, dans un bon nombre de cas retrouver les preuves de la contagion ; quelquefois au contraire certaines circonstances feront éloigner cette idée.

Mais les signes tirés de l'époque du début, de la gravité et de l'acuité plus grandes, de la résistance au traitement, sont pour moi insuffisants pour établir un diagnostic précis. Je les considère comme de nulle valeur, et le diagnostic m'en paraît impossible.

Traitement. — Dès le début, le traitement doit être énergique. Je ne rappellerai que pour la rejeter formellement, cette pratique, née d'hypothèses hasardées, qui consiste à rappeler ou à reproduire l'écoulement uréthral ; il faut au contraire, mais accessoirement, s'efforcer de tarir en lui la source du mal.

Il faut attaquer immédiatement la lésion oculaire, et pour cela il existe des moyens de plusieurs ordres.

En première ligne se présentent les antiphlogistiques, les saignées générales et locales, abondantes et répétées, mais dont l'emploi est comme toujours subordonné à l'état général et à la constitution du malade.

Viennent ensuite les purgatifs énergiques, que je préfère au tartre stibié à hautes doses, que vante Rognetta.

Les collyres les plus énergiques, tels que le nitrate d'argent solide, ou sa solution concentrée (azotate d'argent cristallisé, 10 grammes ; eau distillée, 10 à 20 grammes), doivent être choisis de préférence et appliqués plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; les collyres moins énergiques, sels de mercure ou de plomb, sont plus nuisibles qu'utiles.

Ces moyens ne sont pas toujours suffisants, et si la maladie n'est pas enrayée, il faut avoir recours au traitement chirurgical. Comme nous l'avons vu, le grand danger vient de la compression exercée autour de la cornée par un chémosis considérable, et le but à atteindre est de détruire cet étranglement. Les incisions et scarifications de la conjonctive, procédé déjà ancien et reconnu insuffisant au commencement du siècle dernier, ont été remises en vogue par Scarpa et M. Tyrrel.

Elles ont rendu des services, mais elles sont inférieures à l'excision du chémosis, qui avec le soin de reséquer la plus grande étendue possible de la conjonctive, mène presque certainement à la guérison, lorsqu'elle est faite à temps, et qui arrête à toute époque les progrès des lésions cornéales.

Sanson vantait beaucoup cette opération, et donnait même le conseil de fendre la commissure externe des paupières, quand le spasme s'oppose à leur écartement. Cette dernière pratique a trouvé peu d'imitateurs.

Nous l'avons dit, il faut agir énergiquement, revenir plusieurs fois dans la même journée aux moyens indiqués.

Outre ces moyens qui sont la base du traitement, il en existe d'autres fort bons à connaître, et qui peuvent aider singulièrement le médecin dans la lutte qu'il engage contre la maladie.

Les irrigations froides à grande eau, de M. Chassaignac, sont une excellente pratique : vantées surtout dans l'ophthalmie des nouveau-nés, elles sont ici d'un grand secours ; elles nettoient parfaitement la cornée et la conjonctive, soulagent et calment la douleur. Leurs effets sont surtout sensibles après les cautérisations.

Les collyres belladonés, les sels d'atropine, sont d'un bon usage; mais il faut recourir surtout aux opiacés, qui apportent un grand soulagement aux atroces souffrances qui tourmentent souvent les malades.

On a encore recommandé, dans les cas où les douleurs sont violentes et reviennent par paroxysmes, le mercure à dose altérante, associé à l'opium et à l'aloès (Mackensie).

Il va sans dire que le repos absolu, la diète, sont de rigueur.

Lorsque par ces moyens on est arrivé à enrayer la marche des accidents, il faut favoriser le travail, quelquefois si lent, de résolution. C'est ici que trouvent leur indication les vésicatoires volants, vantés par quelques-uns dans la période aiguë même de la maladie. Placés au front, aux tempes, à la nuque, ils doivent être souvent renouvelés, et lorsqu'ils ne suffisent pas, il ne faut pas hésiter à appliquer un séton.

On ne devra abandonner le traitement que lorsque l'œil est irrévocablement perdu. Dans cette affection, on voit, en effet, souvent les altérations les plus graves se terminer d'une manière relativement heureuse. L'issue de l'humeur aqueuse à travers la cornée perforée, l'aplatissement de l'œil, n'ont pas toujours empêché le malade de recouvrer une vision passable. L'humeur aqueuse peut se reproduire, et le malade en être quitte pour les taches de la cornée.

Dans tout le cours du traitement, il faut, si un seul œil est atteint, prendre les précautions les plus grandes pour éviter la contagion de l'œil sain.

On trouve dans les auteurs quelques faits qui n'ont pu prendre place dans la description précédente. Swediaur décrit sous le nom de *psorophthalmie* une variété d'ophthalmies ou plutôt de blépharites due à la suppression d'une blennorrhagie, alternant avec elle, et guérissant seulement par l'apparition de l'écoulement. Il cite un fait analogue de Plenck, emprunté au docteur Lange ; et enfin un fait, un peu différent, cité par Abernethy, complète le bagage clinique de cette variété d'ophthalmie blennorrhagique.

Mackensie résume ces faits, et semble les vouloir attribuer à une influence sympathique survenue. Mais, comme il le fait observer, ces faits sont dissemblables. Le malade de Swediaur avait une ophthalmie tarsienne, celui d'Abernethy une ophthalmie catarrhale. Le fait de Plenck manque de détails ; de plus, ces faits sont tellement exceptionnels, que, tout en gardant leur valeur propre, ils se prêtent difficilement à une interprétation générale, si ce n'est celle de simples coïncidences. Gardons-nous surtout de la pratique de Swediaur, qui, pour être logique et conséquent avec ses théories, rappelait l'écoulement uréthral, lorsqu'il le trouvait comme antécédent d'une ophthalmie opiniâtre. Il ajoute s'être bien trouvé de cette pratique ; mais il ne donne pas d'autres détails, et n'indique pas même le nombre de ses observations.

Aquo-céphalite blennorrhagique (*iritis gonorrhéique de quelques auteurs*). — Cette forme d'ophthalmie blennorrhagique a été fort nettement indiquée par Abernethy, qui dit, à propos de l'ophthalmie irritable : « Cette inflammation peut aussi s'établir dans la membrane de l'humeur aqueuse ; d'où résulte un trouble de cette humeur. Elle peut être accompagnée de l'inflammation de l'iris.

Réunissant les observations de Brodie, de Graves, de Vetch, et les siennes propres, Mackensie a fait une description assez complète de cette variété.

M. Ricord admet l'iritis comme une des formes de l'ophthalmie métastatique, et accepte la description de Mackensie. Mais, pour

lui, l'iritis n'est qu'une partie de l'affection; il ne la sépare pas nettement de l'ophthalmie purulente, qui souvent alors, envahissant toute la scène, masque complétement les phénomènes accessoires qui se passent dans la chambre antérieure.

Enfin M. Rollet a étudié cette forme de complication, au point de vue surtout de sa nature et de sa coïncidence avec le rhumatisme blennorrhagique.

Causes. — Ici encore on a tout d'abord invoqué la suppression de l'écoulement. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à ce sujet. C'est un fait exceptionnel, une simple coïncidence.

Tous les auteurs ont remarqué la liaison pathogénique qui unit cette forme d'affection oculaire à l'arthropathie blennorrhagique. M. Rollet a voulu en faire un accident, non de la blennorrhagie uréthrale elle-même, mais bien du rhumatisme blennorrhagique auquel elle appartiendrait, selon son expression, comme l'endocardite au rhumatisme vulgaire. Les auteurs que nous venons de citer n'admettent pas la nécessité de la complication articulaire pour produire l'iritis, et à mon sens ils ont raison, car s'il est vrai qu'on la rencontre souvent alternant avec le rhumatisme blennorrhagique, il est incontestable aussi qu'elle se produit sans qu'on trouve, pendant toute sa durée, aucune altération du côté des articulations.

L'existence du rhumatisme blennorrhagique n'est donc pas la cause indispensable du développement de cette forme de complication.

Le tempérament lymphatique, le jeune âge, le sexe masculin, l'exposition au froid humide, et les professions qui y exposent, toutes les causes des ophthalmies catarrhales ou rhumatismales, en favorisent certainement l'apparition.

Il est, de plus, des prédispositions individuelles impossibles à prévoir, et certains individus voient, sans que rien l'explique, l'arthrite et l'iritis compliquer chaque nouvelle blennorrhagie.

Ici, enfin, on ne peut invoquer la contagion, comme cause ou comme effet.

La nature de cette affection a été l'objet de nombreuses contestations. Abernethy admet un trouble de la santé, sans rien préciser de plus. Eloignant énergiquement toute idée de syphilis, Mackensie admet une infection blennorrhagique spéciale, opinion partagée par ses annotateurs. Pour M. Rollet, nous l'avons vu, c'est un accident rhumatismal; M. Ricord invoque ici encore la sympathie. Pour moi, je me borne à reconnaître l'influence irréfutable, mais inconnue dans son essence, par laquelle, dans le cours de la blennorrhagie uréthrale se produisent à distance des accidents

consécutifs ; mais je ne vois par l'utilité de ces hypothèses souvent séduisantes, mais trompeuses.

Symptômes. — Très légers, en comparaison de ceux de l'ophthalmie purulente, les symptômes de l'iritis gonorrhéique n'en ont pas moins une certaine intensité. La réaction générale est faible ou nulle. Au début, il y a de la rougeur de la conjonctive et même de la sclérotique. Le cercle radié péricornéal est quelquefois, mais rarement indiqué. La cornée paraît plus saillante, tendue, et l'iris éloigné et repoussé en arrière. La cornée est intacte, lisse et transparente ; la pupille, régulière, est seulement un peu rétrécie et ses mouvements sont lents. Mais l'iris ne change pas notablement de couleur, et ne présente, non plus qu'à aucune autre période, ni taches, ni saillies, ni abcès, comme on en voit dans les autres iritis.

La douleur est modérée, la photophobie faible ou nulle.

Mais bientôt un nuage blanchâtre obscurcit la chambre antérieure. L'humeur aqueuse est troublée, et l'on voit se déposer à la face postérieure de la cornée ces flocons blanchâtres qui sont le propre de l'inflammation de la membrane de Descemet.

A ce moment, le globe de l'œil est de plus en plus dur et tendu, et la cornée bombée en avant. Dans quelques cas, un peu de sang s'épanche et vient colorer le liquide de la chambre antérieure.

La douleur est quelquefois intense, mais elle atteint rarement un degré aussi élevé que dans l'aquo-capsulite vulgaire.

Il peut exister une conjonctivite aiguë et même un chémosis véritable (Mackensie), mais il n'y a jamais d'écoulement purulent, et la maladie conserve l'apparence catarrhale. M. Ricord, cependant, décrit la forme purulente comme se joignant fréquemment à l'iritis, et en masquant les signes ; mais nous avons vu qu'il réunit dans la même description deux espèces d'ophthalmies métastatiques, séparées ici.

La maladie tend spontanément à la guérison, l'épanchement se résorbe, et les flocons exsudés disparaissent plus activement que dans les autres espèces d'iritis séreuse. Il peut cependant en résulter, dit-on, des adhérences de l'iris avec la cornée ou la capsule, des opacités de la cornée et des cataractes membraneuses. Mais je déclare n'avoir jamais observé aucun de ces accidents.

Début, Marche, Durée, Terminaison. — L'iritis séreuse débute ordinairement dans le cours du deuxième septénaire de la blennorrhagie, mais elle peut apparaître ou plus tôt ou plus tard : tantôt elle ne se montre qu'après plusieurs atteintes de cette affection.

Liée intimement au rhumatisme, elle débute souvent peu après celui-ci ; d'autres fois elle le précède. Nous avons vu fréquemment l'ophthalmie et l'arthropathie se reproduire à chaque nouvelle chaudepisse ; mais il n'est pas nécessaire pour cela qu'une nouvelle contagion ait lieu, il suffit de la simple recrudescence d'un écoulement ancien (obs. de Brandes).

On voit encore, et tous les auteurs l'indiquent, ces affections alterner entre elles et aussi avec l'écoulement uréthral. La capsulite remplace l'arthropathie, qui revient à son tour, et il semble alors que la membrane de Descemet joue le rôle des synoviales dans le rhumatisme ambulant.

Une fois établie, la maladie a une marche assez rapide ; elle est franchement aiguë, et les épanchements plastiques eux-mêmes se résorbent avec rapidité ; mais la maladie est loin d'être complétement terminée, dans un grand nombre de cas au moins.

Elle attaque ordinairement les deux yeux l'un après l'autre, et plus rarement simultanément ; souvent au moment où l'amélioration commence à se manifester d'un côté, l'œil sain se prend à son tour, ou bien, après une courte rémission, l'œil malade est repris d'une recrudescence inflammatoire. Les causes occasionnelles de la maladie, le retour de l'uréthrite surtout, peuvent amener ces rechutes, que l'on voit aussi survenir spontanément. C'est cette marche capricieuse qui souvent prolonge si longtemps la maladie.

Dans les cas où l'iritis alterne avec le rhumatisme, on voit, dit Mackensie, les malades affaiblis, privés en partie de l'usage de leurs membres et des fonctions de la vue, rester plusieurs années dans ce triste état ; leur constitution s'altère, et l'on peut observer des éruptions cachectiques, et la chute des ongles des pieds et des mains. Mais ces faits sont exceptionnels, le plus souvent la maladie se termine heureusement après une ou plusieurs récidives.

La terminaison ordinaire est la résolution complète. Si dans cette forme la disposition aux épanchements plastiques est très grande, très grande aussi est la puissance de résorption, et les épanchements ont peu de tendance à s'organiser.

Pronostic. — Cette affection est donc bénigne, elle peut guérir spontanément et la marche des accidents subit assez facilement l'influence thérapeutique.

La gravité des cas où l'arthropathie et l'aquo-capsulite se succèdent l'une et l'autre, ne peut guère être mise sur le compte de l'affection oculaire, mais bien de l'affection articulaire ou de l'influence primitive qui, modifiant d'une manière fâcheuse la constitution, donne à la complication une marche spéciale.

Diagnostic. — Cette affection est une véritable aquo-capsulite, et les signes sont les mêmes à peu de chose près dans les cas où cette lésion reconnaît toute autre cause que la blennorrhagie. Ce sont : la tension du globe oculaire, la saillie de la cornée, intacte d'abord, puis l'opalescence et les flocons de l'humeur aqueuse.

On la distinguera de la kératite par l'absence d'ulcération et d'opacité sur la cornée, et même quand les milieux sont troublés, on reconnaît la transparence de cette membrane en examinant l'œil de profil ; on voit alors que l'opacité appartient à la surface postérieure seulement de la cornée, et qu'elle est située en arrière. L'absence de photophobie, de conjonctivite symptomatique, rend la confusion impossible.

Elle se distingue de l'iritis par l'absence des altérations matérielles de l'iris, qui n'offre ni taches, ni saillies; par l'absence ou la légèreté du cercle péricornéen et des douleurs périorbitaires. Il n'y a aussi qu'un léger rétrécissement sans déformation de la pupille, trahissant la part très minime que prend à l'affection l'iris enflammé seulement dans sa couche superficielle.

La présence de l'écoulement uréthral, le souvenir, s'il y a lieu, d'accidents analogues survenus dans une blennorrhagie antérieure, viendront indiquer la nature de la maladie, en montrer la cause. Il faut se défier seulement de ces cas où la conjonctive, plus enflammée que de coutume, pourrait faire croire au début d'une ophthalmie purulente.

Traitement. — Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'inutilité du traitement spécifique, et le danger des pratiques qui tendent à reproduire l'écoulement; il faut s'attaquer directement à l'affection locale, avec une énergie proportionnée à celle de la maladie.

Au début, s'il y a lieu, ce qui est rare, les émissions sanguines générales, ou mieux locales, pourront trouver leur emploi ; viendront ensuite les purgatifs, les évacuants, indiqués surtout par l'état du tube digestif, et plus tard agissant comme révulsifs.

Le calomel, à dose altérante et surtout purgative, est à juste raison très vanté dans ces cas, par les médecins anglais.

M. Ricord insiste sur les avantages de la teinture de colchique, dans les cas où l'ophthalmie coïncide avec le rhumatisme.

Les vésicatoires volants rendent de bons services. Mais les cautérisations seront sans utilité bien évidente, et plutôt nuisibles. Il en est de même des astringents, car ils ne peuvent agir directement sur la lésion profonde.

Les collyres belladonés, comme dans l'iritis vulgaire, ont l'avantage d'être sédatifs, et ils préviendraient les adhérences et les déformations consécutives de l'iris, si celles-ci pouvaient se pro-

duire ; car autant ils sont à craindre dans l'iritis vraie, spécifique ou non, autant il n'y a pas à les redouter dans cette inflammation tout à fait pariétale.

Arthrite blennorrhagique. — Guillaume Musgrave, le premier (1723, *De arthritide symptomatica*), signala le gonflement des articulations dans les maladies vénériennes. Mais en l'absence de tout autre détail, la confusion qui régnait alors entre les différentes affections vénériennes empêcha d'apprécier la valeur de ses observations. Hunter parle sans commentaire d'un malade atteint d'un rhumatisme généralisé reparaissant avec chaque nouvelle chaudepisse. Swediaur, au commencement de ce siècle, a donné une description dogmatique de cette affection sous le nom de *gonocèle*. Le chapitre qu'il y a consacré contient une histoire abrégée, mais exacte, de cette complication.

Depuis lors, les auteurs qui se sont occupés de la blennorrhagie mentionnent cet accident, et les chirurgiens indiquent l'écoulement uréthral comme une des causes du gonflement inflammatoire des jointures.

Presque tous s'accordent pour admettre un rapport intime de causalité entre ces deux phénomènes pathologiques. Cependant il y a des dissidences, et récemment encore un observateur distingué, M. Thiry (de Bruxelles), a attaqué la réalité de ce rapport. Pour lui, et pour quelques autres médecins de notre époque, l'arthrite qui survient dans le cours d'une blennorrhagie est toujours une simple coïncidence, et reconnaît une cause indépendante de l'écoulement uréthral.

Les partisans de cette opinion ont invoqué d'abord les efforts causés par un coït exagéré, d'où lésion traumatique des articulations et arthrite consécutive. Mais alors pourquoi, au lieu d'apparaître immédiatement après la cause occasionnelle, l'effet attendrait-il pour se manifester l'apparition et quelquefois le déclin de la maladie; car il est d'observation exacte que c'est très rarement avant la troisième période de la blennorrhagie, c'est-à-dire quand l'inflammation a gagné les parties les plus profondes du canal, que l'arthrite se déclare. Et comment d'ailleurs expliquer l'immunité des sujets porteurs de chancres, chez lesquels les efforts du coït ont certainement été les mêmes.

L'action des bains tièdes, souvent usités dans la période aiguë, n'est pas plus acceptable, et il en est de même de toutes les causes capables de réveiller la prédisposition rhumatismale. Car cette arthrite n'est pas rare en dehors de l'action de toutes ces causes, chez les individus qui ne s'y sont nullement exposés, ou qui dans d'autres circonstances n'en ont pas subi l'influence, chez

qui l'hérédité ni les antécédents ne permettent d'admettre la disposition rhumatismale.

Il n'est pas jusqu'aux balsamiques que l'on n'ait accusés de la production de cet accident. Mais ici encore, il est bien plus fréquent de voir apparaître l'arthrite en dehors de ce traitement, auquel elle est imputée sans fondement.

Ces causes peuvent manquer. De plus, leur action est complétement insuffisante à expliquer les faits. Les observations concluantes ne sont pas rares dans la science, qui établissent d'une manière irréfragable la relation entre le catarrhe uréthral et la fluxion articulaire. Comment expliquer autrement que par un rapport intime, ces rhumatismes revenant avec chaque blennorrhagie, chez les individus les moins prédisposés au rhumatisme vulgaire.

Je citerai deux faits tirés de ma clinique, où ce rapport existe d'une manière évidente.

I. — Un jeune homme de dix-neuf ans, d'une constitution molle, sans antécédents rhumatismaux. Entré le 1er janvier 1859 dans mon service, il a eu deux chaudepisses. La première, très légère, remonte à un an, et n'a pas été accompagnée d'accidents articulaires.

La deuxième date de la fin d'octobre. Au bout de vingt jours, les articulations de l'annulaire gauche deviennent douloureuses, ainsi que le talon gauche ; puis se prennent les genoux et l'articulation cubito-radiale gauche.

Sorti amélioré en janvier, le malade rentre à la fin de mars ; il a été, trois jours après sa sortie, sans cause appréciable, repris de l'écoulement et des douleurs articulaires.

Il sort guéri le 20 avril.

Le 23 août suivant, nouvelle blennorrhagie. Réapparition des mêmes accidents articulaires, seulement le coude est remplacé par l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil gauche. Le malade sort encore avant la guérison complète. Il fait des excès, l'écoulement revient avec une grande intensité, les articulations restent indemnes, mais il se déclare une conjonctivite avec iritis pariétal.

II. — Homme de trente ans, vigoureux, sans antécédents rhumatismaux. Il a contracté déjà deux chaudepisses, dont la seconde a été suivie, au bout de cinq semaines, de douleurs dans les lombes et la fesse droite, et d'arthrite du genou droit. Il se rétablit parfaitement, au bout de plusieurs mois.

En mai 1859, nouvelle chaudepisse plus intense que les premières ; bientôt réapparaissent les douleurs des lombes et des

fesses, accompagnées de tuméfaction douloureuse du genou gauche, et indolente du genou droit.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons la double arthrite. Dans ce cas, l'écoulement a diminué d'abondance au moment de l'apparition des douleurs articulaires, mais il n'a pas cessé complétement.

Cette question ne souffre donc pas pour nous le moindre doute. Il existe, du reste, dans la science, un grand nombre de cas pareils, qui permettent de distinguer de toute autre cette variété d'arthrite, et si la diagnostic est souvent difficile et quelquefois même impossible, il ne saurait être un argument contre la réalité d'un fait prouvé d'ailleurs. Il y a ici toute autre chose qu'une simple coïncidence.

Mais quels sont la cause prochaine, le mécanisme de production de l'arthrite blennorrhagique? L'accord est loin de régner parmi les nombreux écrivains qui admettent la réalité de l'affection.

Swediaur ne donne aucune théorie. Il se borne à dire que la maladie « semblait participer du caractère goutteux. »

Mais bientôt fut invoquée la métastase. Cette doctrine d'un produit ou d'un principe morbide se transportant d'un point à un autre pouvait s'appliquer à ces faits où la disparition plus ou moins complète de l'écoulement précède l'apparition de la lésion articulaire. Mais ce dernier phénomène est loin d'être général, le plus souvent il n'y a ni suppression ni diminution de l'écoulement. Aussi cette théorie a fait place à une autre, plus vague, mais plus docile; c'est la sympathie en vertu de laquelle la lésion de l'urèthre retentit sur les synoviales, comme sur la conjonctive, et pour quelques-uns sur l'épididyme. Cette théorie qui s'accorde avec les faits cliniques, et la simple constatation de ces faits n'y apportant aucune lumière, c'est l'aveu déguisé de notre ignorance.

Une autre opinion attribue la production de l'arthrite à une influence générale exercée sur l'économie par la blennorrhagie. Je ne ferai que rappeler, sans la combattre de nouveau, cette doctrine des identistes, qui, considérant la blennorrhagie comme un accident primitif susceptible de produire la vérole, admettent l'arthrite comme une manifestation de cette diathèse.

Mais une autre opinion s'est élevée récemment, plus ingénieuse et plus séduisante, qui considère la synovite blennorrhagique comme constituant un état général analogue au rhumatisme vulgaire, lui ressemblant en partie par la généralisation et la marche des accidents, produisant aussi la capsulite spéciale sur laquelle je n'ai pas à revenir. C'est, d'après M. Rollet, un état constitutionnel, un véritable rhumatisme blennorrhagique.

D'autres enfin voient dans la blennorrhagie une prédisposition toute spéciale qui fait éclater la lésion articulaire, sous l'influence des causes occasionnelles les plus légères (Foucart).

Au milieu de ce conflit d'opinions diverses, nous nous bornerons à admettre la liaison intime qui unit l'écoulement de l'urèthre et la lésion de la synoviale, sans rien préjuger du mécanisme encore inconnu par lequel se fait cette union.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques ne semblent différer en rien de celles du rhumatisme vulgaire. Rougeur de la synoviale, épanchement séreux plus ou moins abondant, mais qui est ici assez constant, quelquefois rougeur et injection de la peau voisine, dilatation variqueuse des veines sous-cutanées; quelquefois, mais rarement, engorgement aigu œdémateux des tissus superficiels, avec des signes de phlébite, voilà ce qui se rencontre dans la période aiguë.

Mais plus tard on peut trouver l'induration des tissus préarticulaires, le relâchement, le ramollissement des ligaments, le fongus de l'articulation, l'ankylose; toutes les lésions, en un mot, qui caractérisent l'hydarthrose chronique et la tumeur blanche. Mais ces cas sont exceptionnels et dus plutôt à des dispositions individuelles qu'à la maladie même.

Étiologie. — Les causes occasionnelles sont pour la plupart du temps insaisissables. Quelquefois cependant on peut invoquer l'action de divers agents producteurs, les chocs et les contusions de l'articulation ou les professions qui y exposent, l'action du froid humide. Swediaur avait insisté sur l'action du froid et de l'humidité comme cause du gonocèle. Je n'ai pas remarqué, pour mon compte, cette influence, et j'ai vu bien des arthrites blennorrhagiques se développer pendant la belle saison. Cependant, je dois dire qu'un syphilographe d'un grand mérite, le docteur Melchior Robert, affirme que sous le climat de Marseille cette complication de la blennorrhagie est excessivement rare. M. Rollet avance que la prédisposition rhumatismale ne favorise pas le développement de l'arthrite dans le cours de la chaudepisse, et M. Diday cite le fait d'un malade chez lequel la disposition de manifestations franchement rhumatismales et habituelles coïncida avec l'apparition de l'écoulement, et celui-ci persistant, elles ne reparurent pas.

La blennorrhagie est donc la seule cause à invoquer. Mais son action ne s'exerce pas également sur toutes les articulations. Elle peut à la vérité les attaquer indistinctement, mais elle affecte, pour quelques-unes d'entre elles, une certaine prédilection; les grandes articulations se prennent en général les premières.

Anciennement le genou passait pour en être le siége exclusif,

d'où le nom de gonocèle que lui avait donné Swediaur. Et en effet, d'après les relevés tirés des plus récentes monographies, c'est cette articulation qui subit le plus souvent l'influence blennorrhagique.

Foucart, 14 fois sur 19 cas et 22 articulations malades;
Brandes, 28 fois sur 34 malades;
Rollet, 22 fois sur 28 cas et 64 articulations malades.

Mais on voit fréquemment les autres jointures se prendre. Ce sont par ordre de fréquence, les articulations tibio-tarsiennes, huméro-cubitale, scapulo-humérale, et enfin celles des mains et des pieds.

C'est un fait presque exceptionnel de voir les genoux seuls être malades, bien qu'on ait fait de cette localisation un caractère pathognomonique.

Mais les articulations ne sont pas seules affectées, et ici le nom même de la maladie se trouve en défaut. Quelques auteurs ont parlé de l'inflammation des bourses séreuses sous-cutanées ou musculaires, et des gaînes des tendons.

Swediaur avait signalé le premier la douleur du talon, qui a étonné quelques auteurs (Vidal, Foucart), à cause de l'absence d'articulation en ce point. Il faut donc rappeler ici les bourses séreuses calcanéennes, celle du tendon d'Achille (Ricord), celles de la rotule et de l'acromion, les gaînes des péroniers et des extenseurs du pouce. J'ai moi-même observé toutes ces dernières.

Mettant de côté actuellement l'ophthalmie spéciale qui accompagne l'arthrite blennorrhagique, et que M. Rollet considère comme formant avec celle-ci une entité morbide, nous voyons que le mot consacré, arthrite, ne rend pas compte de la généralité des faits, et que celui de synovite serait plus exact.

Les séreuses splanchniques semblent échapper à l'action de la blennorrhagie. M. Ricord, il est vrai, admet l'existence de péricardites et d'endocardites dues à cette cause, mais il n'a pas donné les observations. Une seule existe dans la science, due à M. Leehmann, et citée par Brandes. Il s'agit d'un homme qui présenta des signes de péricardite aiguë dans le courant d'une chaudepisse, qui était, ainsi que cinq autres antécédentes, accompagnée d'arthropathies violentes et d'ophthalmies. La plupart des auteurs nient la réalité de ces complications qu'aucun n'a vues. Je n'ai par-devers moi aucun fait d'observation semblable, mais je suis loin d'en rejeter la possibilité, et je me demande même pourquoi cela ne serait pas.

Un fait bien curieux, c'est l'extrême rareté de cette affection dans le sexe féminin. Plusieurs auteurs, M. Rollet entre autres,

vont jusqu'à en faire l'apanage exclusif de l'homme. La plupart des spécialistes en admettent l'existence chez la femme, mais sans citer d'observations. M. Cloquet en a recueilli quelques exemples, et il croit de plus que dans le sexe féminin, l'articulation de la hanche est attaquée de préférence. Personne depuis n'a fait pareille remarque.

Pour ma part, j'ai observé trois cas d'arthrite, dont deux très nets, survenus chez des femmes non rhumatisantes; le troisième était plus douteux. M. Richet a vu une arthrite du genou, rattachée par lui sans hésitation à la blennorrhagie. Ces faits sont concluants, mais la pauvreté de la science à cet égard atteste une rareté bizarre, en désaccord avec la fréquence de la blennorrhagie chez la femme.

Une considération bien importance est la suivante : toutes mes malades étaient atteintes d'uréthrite, et c'est peut-être à la présence de cette localisation qu'est dû le retentissement articulaire. Ce fait, qui demande de nouvelles recherches, jetterait un peu de jour sur une question si obscure, et assimilerait complétement la cause productrice dans les deux sexes.

Cette nécessité de l'uréthrite, si elle était ultérieurement démontrée, expliquerait en partie la rareté de l'arthropathie blennorrhagique chez la femme; car il est hors de doute que l'inflammation du canal de l'urèthre est infiniment plus rare que celle du vagin. Bien souvent aussi la relation possible entre un écoulement ignoré quelquefois, dissimulé le plus souvent, échappe aux malades, et la difficulté ou l'impossibilité de l'examen s'oppose à la constatation *de visu* de la maladie primitive.

Les symptômes de l'arthrite blennorrhagique sont, sauf des nuances, ceux de l'arthrite rhumatismale avec épanchement.

Ils sont donc locaux et généraux. Les premiers sont le gonflement, la rougeur et la douleur. Ces signes offrent ici des particularités assez tranchées, mais qui sont loin toutefois d'être constantes.

Le gonflement présente les mêmes caractères que dans l'hydarthrose aiguë; l'épanchement est constant et la synoviale distendue forme des saillies fluctuantes dans des points déterminés et fixes pour chaque articulation. Le gonflement est dû aussi à l'engorgement des tissus périarticulaires, et dans des cas exceptionnels à un œdème aigu considérable.

La rougeur de l'articulation malade varie beaucoup. Quelquefois la peau n'est nullement ou est à peine changée de couleur; dans d'autres cas, au contraire, il y a une véritable rougeur érysipélateuse signalée par M. Velpeau. Mais s'il est faux de donner la

blancheur de la peau comme caractéristique de la nature de la maladie, il faut bien cependant convenir que dans la grande majorité des cas la rougeur de la peau est moindre que dans l'arthrite rhumatismale. Aussi Swediaur a-t-il pu donner à cette affection le nom de tumeur blanche.

Dans quelques cas enfin, surtout quand la maladie se prolonge, on voit se développer sous la peau des veines variqueuses.

La douleur, plus encore que les autres symptômes, a été considérée comme offrant des caractères pathognomoniques. L'indolence serait, d'après M. Velpeau, un caractère distinctif. Ce fait est loin d'être absolu. Quelquefois les douleurs existent affreuses, intolérables, M. Gibert surtout a indiqué ce caractère, mais ces cas sont loin d'être fréquents. Le plus souvent les douleurs n'atteignent pas d'emblée leur maximum, elles commencent d'une manière insidieuse, pour augmenter progressivement. Mais il en est de même dans le rhumatisme, et ce caractère est loin d'être certain ; il est à noter que les douleurs ne disparaissent pas toujours avec la lésion articulaire, et on les voit quelquefois persister après la disparition de l'arthrite et de l'écoulement.

Lorsque la maladie occupe les bourses muqueuses ou les gaînes des tendons, les symptômes sont les mêmes que dans l'inflammation aiguë de ces petits appareils. On voit une tumeur limitée et fluctuante, avec ou sans rougeur de la peau. Il y a de la douleur à la pression ainsi qu'aux mouvements, et crépitation douloureuse des tendons, s'il s'agit des gaînes tendineuses.

Les symptômes généraux sont variables. Quelquefois, et c'est considéré par la plupart des auteurs comme la règle générale, l'appareil fébrile est nul. Quelquefois la fièvre accompagne l'évolution de l'arthrite, mais elle se présente rarement comme prodrome.

Les symptômes fébriles sont en général peu intenses, c'est un des caractères qui séparent le mieux du rhumatisme articulaire l'affection dont nous nous occupons. Mais ici encore il n'y a rien de nettement tranché, rien d'absolu.

Début. Marche. Terminaisons. — Le début est généralement insidieux, quelquefois cependant il est accompagné de réaction. L'arthrite apparaît rarement dans les premiers jours de la blennorrhagie, le plus souvent c'est après plusieurs septénaires, que l'écoulement soit encore abondant, ou qu'il ait notablement diminué.

Dans quelques cas, de beaucoup les moins nombreux, l'invasion de l'arthrite est précédée par la cessation ou la diminution brusque de l'écoulement, mais le plus souvent la diminution est nulle ou peu sensible. Quelquefois même cette diminution succède

au développement de la complication, et elle est due à l'action révulsive produite par l'inflammation articulaire, dans les cas où celle-ci est intense, et où surtout la peau prend une part active à l'acte pathologique.

La marche ultérieure de l'arthrite est très variable, tantôt aiguë, tantôt chronique dès le début, indolente et sans réaction. C'est, dans tous les cas, une maladie de longue durée : elle persiste pendant plusieurs semaines au moins, et même pendant plusieurs mois, et elle peut enfin se transformer en une lésion chronique.

L'arthrite blennorrhagique affecte, à un degré bien moindre que le rhumatisme, cette mobilité qui fait passer la maladie d'une jointure à une autre ; ce fait, bien que réel, est ici exceptionnel. On voit l'inflammation envahir alternativement de grandes articulations, ou même des grandes et des petites à la fois, puis disparaître pour être remplacée par une ophthalmie. Mais la marche est le plus souvent fixe. Une articulation ordinairement est plus fortement affectée que les autres, et semble durant tout le cours de la maladie concentrer sur elle-même l'action morbide. Rarement une seule, le plus souvent plusieurs grandes, les deux genoux par exemple, sont prises ensemble à des degrés différents. Quelquefois enfin, ce sont plusieurs petites articulations.

La terminaison la plus fréquente de la maladie est la résolution complète, mais après un temps assez long. Souvent il reste, après la disparition du gonflement et de la douleur, une gêne dans les mouvements due à la roideur des ligaments et du tissu cellulaire qui double la jointure altérée par l'inflammation. Brandes dit avoir vu assez fréquemment l'ankylose des petites articulations. Je n'ai jamais fait cette remarque.

Quelquefois l'épanchement persiste, augmente, et il se produit une hydarthrose chronique.

La terminaison par suppuration n'est pas admise par tous les auteurs, et ici il faut établir une distinction.

Comme toutes les arthrites simples ou rhumatismales, le gonocèle peut amener la suppuration chronique, l'ankylose, tous les accidents connus sous le nom de tumeur blanche ; tout le monde est d'accord sur ce point. Ici l'influence blennorrhagique vient réveiller une prédisposition constitutionnelle d'un autre ordre, mais la suppuration aiguë est un phénomène tout différent. Le fait, peu détaillé, cité par Vidal, et qui est au moins fort rare, rentre dans les cas dont nous venons de parler, et il ne resterait que peu d'observations pour prouver la possibilité de cette terminaison. Les autres faits (Maffait, Velpeau) appartiennent non à l'arthrite

blennorrhagique, mais sont bien des arthrites suppurées, dues à une lésion traumatique de l'urèthre, avec ou sans infection purulente.

L'inflammation des bourses séreuses peut au contraire en amener la suppuration, et j'ai ouvert une bourse prérotulienne dans laquelle s'était produit un abcès à la suite de l'inflammation blennorrhagique.

Je signalerai enfin ce qui a trait à la marche de la maladie, en rappelant ces cas où une arthrite guérie ou améliorée a repris de l'intensité sous l'influence d'une recrudescence de l'écoulement, indépendante de toute contagion nouvelle.

Diagnostic. — Le diagnostic se fera moins d'après la présence ou les caractères de tel symptôme particulier, que par l'ensemble et le rapport de tous les symptômes réunis, qui donnent dans un certain nombre de cas un caractère spécial à la maladie. C'est le début insidieux, le développement lent et indolent, la rougeur médiocre. Mais tous ces signes peuvent manquer ou tromper. Ce qui éclairera le plus le diagnostic, ce sera l'existence d'une blennorrhagie, datant le plus souvent d'un certain temps déjà, l'absence de causes pouvant par elles-mêmes produire l'arthrite, l'absence de tout antécédent rhumatismal, et surtout le gonflement articulaire à chaque nouvelle chaudepisse. Mais cette considération, presque irréfragable quand elle existe, fait le plus souvent défaut.

Il en est de même pour les lésions des bourses muqueuses et des synoviales tendineuses, et il importe de ne pas confondre les inflammations blennorrhagiques avec celles que produisent les causes professionnelles ou constitutionnelles.

J'ai cité le fait d'un jeune ouvrier imprimeur qui présenta au bras gauche la crépitation douloureuse des tendons du pouce. Ce malade n'était pas gaucher et ne présentait rien au bras droit. Ces deux circonstances réunies me permirent d'attribuer l'affection, non à l'influence professionnelle, mais bien à une blennorrhagie que portait le malade.

Pronostic. — La longue durée de l'affection, même dans les cas les plus simples, en fait toujours une complication sérieuse. Les articulations peuvent rester affaiblies et les mouvements gênés pendant un temps assez long, et les malades se trouvent quelquefois forcés d'abandonner certaines professions, surtout lorsque la maladie se termine par hydarthrose. Enfin, comme je l'ai déjà dit, cette arthrite peut réveiller les prédispositions fâcheuses de l'économie, et être la cause occasionnelle d'affections graves des jointures.

Mais, à l'état simple, on peut presque toujours affirmer qu'elle ne menacera jamais la vie.

Traitement. — Les traitements proposés par les divers médecins se ressentent des doctrines professées par eux à ce sujet. Les partisans de la métastase ont proposé de rappeler l'écoulement uréthral par une excitation directe, ou même une nouvelle inoculation blennorrhagique. D'autres, invoquant la nature spécifique de la maladie, ont préconisé le traitement mercuriel. Je n'insisterai pas sur l'inutilité de ces traitements, mais de plus ils peuvent être nuisibles, puisque, d'un côté, nous avons vu que la recrudescence de l'écoulement peut ramener l'arthrite et produire tous les accidents d'une nouvelle chaudepisse, et, d'autre part, le traitement mercuriel n'est pas assez innocent pour s'appliquer sans nécessité à des individus souvent débilités déjà.

Pour nous, le traitement est à peu de chose près celui de l'arthrite rhumatismale. C'est d'abord l'immobilisation la plus absolue de l'articulation malade, puis, s'il y a prédominance des symptômes fébriles, une saignée du bras, une application de sangsues ou de ventouses.

On a conseillé à l'intérieur le nitrate de potasse, la teinture de colchique, le sulfate de quinine, etc. Mais cette médication interne n'a pas tenu ses promesses.

Le plus souvent je laisse les malades faire usage des tisanes rafraîchissantes qu'ils préfèrent, et en fait de médicaments à prendre par la bouche, je n'emploie guère que les préparations opiacées, lorsque les douleurs articulaires sont très vives et lorsqu'il y a de l'insomnie. Localement, après l'application des antiphlogistiques et des émollients, qui abattent l'inflammation lorsqu'elle est très aiguë, le moyen, de l'aveu de tous, le plus énergique, est le vésicatoire volant que j'applique partout où existe la maladie, quel qu'en soit le siége, gaînes tendineuses, bourses séreuses ou articulations, mais je proscris absolument le vésicatoire à demeure.

Viennent ensuite les applications résolutives, les astringents, mais surtout l'onguent mercuriel, dont l'action est incontestable dans le plus grand nombre de cas.

Mais il faut, dès le début, s'attaquer à la blennorrhagie. Les balsamiques employés par Ribes contre l'arthrite elle-même sont sans action sur elle, mais contribuent à remplir l'indication dont nous parlons. Cette indication est très importante, car, je ne saurais trop le répéter, la persistance du flux uréthral et son exacerbation exposent à la récidive de la maladie.

Si tous ces moyens sont insuffisants, il faut recourir à la compression conseillée par M. Velpeau, et qui compte des succès.

A l'administration de l'iodure de potassium, et si la constitution du malade, affaiblie ou viciée, semble entrer pour quelque chose dans la prolongation du mal, c'est à elle qu'il faut s'adresser par les toniques, les amers, les martiaux, les sulfureux et toute la liste des médicaments reconstituants et antistrumeux, c'est-à-dire au traitement de l'hydarthrose chronique et de la tumeur blanche.

Balano-posthite. — L'étude de la balano-posthite est intimement liée à celle de la blennorrhagie. Cette affection n'est qu'indiquée dans les anciens auteurs. Hunter, Sydenham, Swediaur en disent quelques mots sous le nom de *gonorrhée du gland.* Astruc la décrit dans un chapitre intitulé *De la gonorrhée bâtarde, ou de l'écoulement vénérien du gland.* Depuis elle a été étudiée avec plus de détail par les auteurs qui ont écrit sur les maladies vénériennes.

La *balano-posthite* est l'inflammation de la muqueuse qui recouvre le gland et la surface interne du prépuce (βάλανος, gland : πόσθη, prépuce). La balanite et la posthite peuvent être indépendantes l'une de l'autre, mais le plus souvent elles existent simultanément. Comme la balano-posthite présente une certaine analogie avec la blennorrhagie, elle a été aussi appelée *blennorrhagie balano-préputiale, blennorrhagie externe.*

Étiologie. — La balano-posthite s'observe à tous les âges. Chez les enfants et les vieillards, elle se montre le plus souvent sous l'influence de la disposition herpétique. Chez les adultes, le rapprochement des sexes en est la cause ordinaire. Elle succède souvent à un coït impur, mais souvent aussi elle apparaît en dehors de tout contact infectieux, causée par des relations sexuelles trop fréquemment répétées. La masturbation peut la déterminer.

La balano-posthite est quelquefois la suite d'un coït pratiqué avec des femmes atteintes d'herpès vulvaire, de leucorrhée, d'ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses de l'utérus. Lorsqu'elle est le résultat d'une vaginite ou d'une uréthro-vaginite, il est rare qu'elle existe seule ; elle est alors ordinairement accompagnée d'une inflammation de l'urèthre.

Le phimosis congénital, ainsi que je l'ai déjà dit, est une cause prédisposante de la balano-posthite, qu'il y ait ou non blennorrhagie. S'il existe une blennorrhagie, le pus, sortant du méat, s'accumulera entre le prépuce et le gland, irritera bien vite la muqueuse qui les recouvre, et, par son séjour trop longtemps prolongé dans ce point, ne tardera pas à déterminer l'inflammation de la muqueuse balano-préputiale. S'il n'existe pas de blennorrhagie, l'urine ne trouvant pas d'issue facile, s'épanchera entre le prépuce et le gland, où, mélangée avec la matière sébacée,

Pl. 10







Annedouche sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR

PARIS.

Imp. Geny

PLANCHE X.

BALANO-POSTHITES.

Fig. 1. — *Balano-posthite légère.*

La muqueuse du gland est rouge et érodée en quelques points, A. La muqueuse du prépuce présente aussi des érosions superficielles, B, mais elles sont plus nombreuses. La sécrétion est peu abondante; elle est muco-purulente.

Fig. 2. — Sur le gland et sur la muqueuse du prépuce ramené en arrière, se trouvent un grand nombre de petites ulcérations superficielles, A, qui doivent être considérées comme herpétiques.

Fig. 3. — *Balano-posthite coïncidant avec les chancres mous.*

Sur le gland sont les excoriations, A, qui constituent la balanite. Les deux ulcérations, B, qui se trouvent de chaque côté du frein sont des chancres mous.

elle constituera bientôt un liquide irritant qui, comme le pus, produira la balano-posthite. Mais le phimosis congénital ne détermine pas fatalement cette affection. Il existe, en effet, beaucoup d'individus dont le méat préputial est très étroit et qui n'ont jamais eu de balano-posthite. D'autres, au contraire, en sont atteints dont le gland est facilement découvert.

Symptômes. — Les symptômes sont plus ou moins aigus, suivant la cause qui produit la balano-posthite. Lorsqu'elle est la conséquence d'une blennorrhagie, elle atteint vite sa période aiguë. Lorsqu'elle est produite par les autres causes que j'ai indiquées, elle est plus lente à se développer et à atteindre son summum d'intensité. Dès le début, il existe une sensation de prurit, de cuisson plus ou moins vive dans la région du gland. Cette sensation, d'abord gênante, devient au bout de peu de temps douloureuse. La douleur augmente sous l'influence de la tuméfaction du prépuce, dont la surface interne est alors plus sèche, plus rouge qu'à l'état normal. Le gland prend aussi cette coloration, surtout au niveau de sa couronne. Cet état de choses peut durer plusieurs jours, mais bientôt il s'établit à la surface de la muqueuse balano-préputiale une sécrétion plus ou moins abondante d'un liquide muqueux qui se transforme vite en muco-pus et en pus. Le prépuce se tuméfie, et si son méat est étroit, il survient un véritable phimosis. Toute l'extrémité de la verge est souvent gonflée, œdémateuse, quelquefois des traînées rouges la sillonnent. C'est l'indice de l'existence d'une lymphite dont le retentissement inflammatoire se fait sentir dans les ganglions inguinaux qui deviennent douloureux.

La muqueuse balano-préputiale peut présenter localement trois états différents. Chez les vieillards et les enfants qui n'ont ordinairement que des inflammations catarrhales, la muqueuse n'est pas érodée; elle est rouge et épaisse comme le tégument l'est toujours dans les affections eczémateuses chroniques. Mais lorsque la balano-posthite accompagne une blennorrhagie, ce qui est beaucoup plus fréquent chez les adultes, la muqueuse est dépourvue de son épithélium, érodée, et même exulcérée en quelques points. Quoique la muqueuse du prépuce puisse participer à cette érosion, c'est plutôt sur celle du gland qu'on la rencontre. Quelquefois l'inflammation est très intense, alors les érosions s'agrandissent, des ulcérations se forment plus ou moins profondes, et si analogues au chancre, qu'on peut les confondre avec lui.

Diagnostic. — Le diagnostic de la balano-posthite présente parfois des difficultés. Ainsi, lorsqu'il existe un phimosis, on peut confondre l'inflammation de la muqueuse balano-préputiale avec

Pl. 15

Fig. 1.

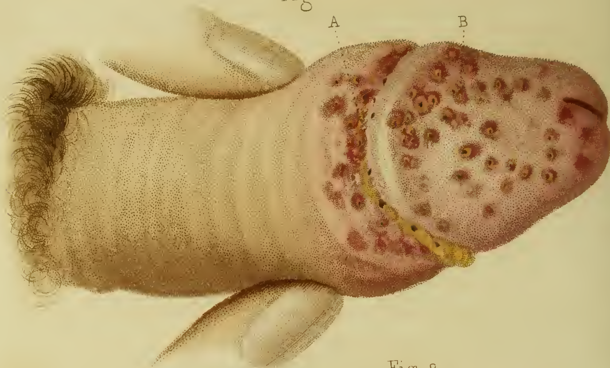


Fig. 2.

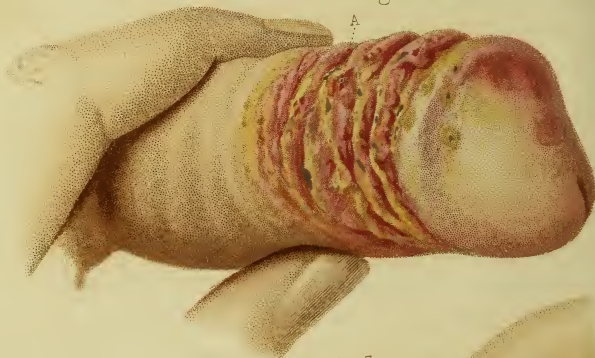


Fig. 3.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Davesne sc.

PLANCHE XI.

BALANO-POSTHITES.

Fig. 1. — *Balano-posthite datant de six jours.*

Le prépuce ne peut être complétement ramené en arrière de la couronne du gland. La muqueuse balano-préputiale présente des petits points rouges nombreux, constitués par les follicules muqueux enflammés. Sur le gland, ces follicules, B, ne sont pas ulcérés; sur le prépuce, le plus grand nombre offrent de petites ulcérations, A. Il y a une sécrétion muco-purulente abondante.

Fig. 2. — *Balano-posthite de la même espèce que la précédente, seulement elle est arrivée à un degré plus avancé.*

Les ulcérations des follicules du prépuce, A, sont plus nombreuses et plus profondes que celles du gland. La sécrétion purulente est très abondante.

Fig. 3. — *Balano-posthite avec ulcérations en relief qui simulent les plaques muqueuses.*

Sécrétion abondante de muco-pus. Pas de retentissement ganglionnaire. La maladie a cédé en peu de temps à quelques légères cautérisations au nitrate d'argent et à des lotions d'eau fraîche.

---

la blennorrhagie, car alors l'étroitesse de l'orifice du prépuce empêche de reconnaître si le pus vient de l'urèthre ou de la surface balanique. En outre, comme dans la blennorrhagie, la verge est souvent gonflée, la miction douloureuse. Mais dans la balano-posthite, la douleur n'a pas lieu sur le trajet de l'urèthre ou dans la fosse naviculaire, mais bien alors que l'urine vient mouiller le prépuce enflammé. Si le phimosis n'est pas complet et que le méat puisse être aperçu, le diagnostic sera facile ; on pourra dire d'où vient l'écoulement, s'il est causé par une chaudepisse ou une balano-posthite, ou si ces deux affections existent simultanément : ce qui est fréquent.

Lorsque le gland peut être mis à découvert, toute difficulté disparaît, du moins quand il existe une balano-posthite catarrhale. Mais s'il y a des érosions, des ulcérations, on peut croire à une balano-posthite, tandis qu'il existe réellement un chancre mou. Dans ce cas, l'état des ganglions inguinaux sera d'un grand secours. En effet, dans la balano-posthite, il n'y a qu'un léger retentissement sympathique sur les ganglions inguinaux, parfois même il n'existe pas. Dans le chancre mou, les ganglions inguinaux sont souvent enflammés, leur suppuration est fréquente.

Les ulcérations de la balano-posthite peuvent être confondues aussi avec un chancre superficiel à base parcheminée. L'état des ganglions permettra d'éclairer le diagnostic.

Enfin la balanite est parfois prise pour des manifestations secondaires de la syphilis, telles que des papules ou de la roséole. Mais l'état des ganglions inguinaux et surtout la coïncidence d'une éruption cutanée avec les manifestations qui existent sur le gland suffisent pour faire disparaître le doute.

Quant aux plaques muqueuses du gland et du prépuce, elles ne peuvent réellement pas être confondues avec une balano-posthite, si ce n'est à leur début.

Durée. Terminaison. — Le plus souvent la balano-posthite se termine par résolution. Alors, sous l'influence des applications topiques nécessaires, l'inflammation se calme ainsi que la douleur, et la suppuration disparaît. Quelques jours suffisent souvent pour que la guérison soit complète. Mais elle se fait plus longtemps attendre, lorsque l'ouverture du prépuce n'est pas assez large pour permettre la sortie libre du gland. Quelquefois même, quand l'inflammation est vive, il se produit entre les deux feuillets de la muqueuse balano-préputiale des adhérences plus ou moins étendues. Ces adhérences se rencontrent surtout chez les sujets qui ont été affectés à plusieurs reprises de balano-posthite. Aussi, lorsqu'on pratique l'opération du phimosis, on doit se rappeler

qu'une adhérence peut avoir lieu. Dans un cas tout récent, j'ai dû opérer un jeune homme atteint de phimosis congénital, qui, depuis son enfance, avait été en proie à un certain nombre de symptômes évidents de balano-posthite; j'eus beaucoup de peine à faire une dissection convenable, et il me fallut pour ainsi dire disséquer le prépuce avant de le reséquer, tant l'adhérence était complète dans tous les points. Quelquefois l'adhésion des feuillets muqueux n'est que partielle. Ils se trouvent réunis par des brides plus ou moins larges qu'il est toujours facile de détruire.

Le phimosis est souvent le résultat d'une inflammation balano-préputiale fréquemment renouvelée, comme cela arrive chez les enfants et les vieillards. La structure normale du prépuce se trouve modifiée par les inflammations répétées; son ouverture se rétrécit, et il se produit une atrésie incomplète.

La terminaison par gangrène s'observe quelquefois. Le phimosis favorise son développement, surtout lorsque les ulcérations sont profondes et que l'inflammation est très vive. Mais ces conditions ne sont pas indispensables pour l'apparition de la gangrène. Il arrive en effet qu'une balano-posthite avec simple érosion se complique de mortification sous l'influence d'une maladie générale, comme la fièvre typhoïde. Ainsi, je me rappelle un jeune homme qui, atteint d'une dothiénentérie quelques jours après le début d'une balano-posthite simple, eut une gangrène qui emporta une partie du gland et du prépuce.

Traitement. — Lorsque la balano-posthite est catarrhale, ou même lorsqu'elle est caractérisée par des érosions superficielles, des soins de propreté peuvent suffire pour dissiper la maladie. Des bains locaux dans une décoction émolliente, l'interposition entre le gland et le prépuce d'un linge fin ou de charpie, sont d'excellents adjuvants. La poudre de riz ou d'amidon constitue aussi un bon pansement. Mais souvent ces moyens ne suffisent pas. Alors il faut toucher la muqueuse enflammée avec le nitrate d'argent, soit en crayon, soit en dissolution à la dose de 10, 20, 50 centigrammes et même 1 gramme pour 100 grammes d'eau. Lorsqu'il existe une balano-posthite avec érosions ou ulcérations, le caustique solide agit d'une manière plus efficace que la solution.

Lorsque la balano-posthite est très intense, lorsque la verge est gonflée et sillonnée de traînées rouges qui sont l'indice d'une lymphite, les antiphlogistiques locaux et généraux produisent un bon effet. Si l'on emploie les sangsues, on les appliquera dans les aines et non sur la verge, à cause des accidents qui peuvent survenir. Les boissons rafraîchissantes, les purgatifs, sont utiles, ainsi que les bains généraux. Comme bains locaux, ceux de gui-

mauve, de morelle, de pavot, de lin, sont les meilleurs. S'il y a phimosis, les injections intra-préputiales de même nature sont d'un bon usage. Vers la fin de l'affection, quand l'inflammation diminue, les résolutifs, le vin aromatique, une solution très légère d'alun, l'eau de chaux, l'eau fraîche seule, seront employés avec avantage. Les cataplasmes doivent être évités comme produisant un état de demi-érection défavorable. L'extrait de Saturne est un mauvais topique, toutes les fois qu'il y a érosion ou ulcération, à cause du retard que le dépôt de plomb apporte dans leur cicatrisation.

S'il y a phimosis et que la balano-posthite se termine par gangrène, ce que l'on reconnaît à la violence de l'inflammation et à la nature de l'écoulement qui devient ichoreux et qui exhale une odeur *sui generis*, l'incision du prépuce, ou plutôt encoe la circoncision complète seront les seuls moyens auxquels on pourra avoir recours avec avantage, puisque en le semployant, on pourra éviter la perte d'une partie ou de la totalité du gland. En outre, si le malade est sujet à des balano-posthites fréquentes, on le mettra par cette opération à l'abri d'une affection dont les retours sont toujours désagréables, et dont les conséquences peuvent avoir une certaine gravité.

CHAPITRE II.

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

La blennorrhagie de la femme a été plus ou moins bien décrite par les syphilographes, mais il faut reconnaître que ce n'est que depuis l'emploi du spéculum que cette maladie est bien connue. Avant cette époque, en effet, on se contentait, pour juger un écoulement, d'entr'ouvrir les grandes et les petites lèvres, et la vue ne pouvait s'étendre au delà de l'anneau vulvo-vaginal ; aussi que de fois a-t-on mis sur le compte de la blennorrhagie des accidents qui s'en éloignent totalement. Le fait, cité par Vigarous, des six jeunes gens qui prirent avec la même femme des symptômes différents, est toujours resté pour moi la preuve de ce que j'avance. Récamier a donc rendu un immense service en exhumant de l'arsenal chirurgical le spéculum, oublié depuis longtemps, et M. Ricord, en vulgarisant l'usage de cet instrument sur une grande échelle, a donné au diagnostic des maladies vénériennes une précision qui jusqu'alors lui avait fait défaut.

L'ensemble des symptômes de la blennorrhagie de la femme est assez complexe, puisque, même dans son degré le plus simple, plusieurs parties des organes génitaux peuvent être affectées, soit isolément, soit simultanément. C'est ainsi que sous le nom générique blennorrhagie, il faut distinguer : la vulvite, la vaginite, la métrite du col, l'uréthrite, sans parler des complications.

Bien que dans les deux sexes les organes génitaux soit très dissemblables, au point de vue de l'affection toute spéciale où nous nous plaçons, on peut parfaitement les rapprocher sans forcer l'analogie. Les replis cutanés muqueux placés à l'entrée du vagin et constituant les grandes et les petites lèvres ont pathologiquement une notable ressemblance avec le pli muco-cutané qui forme le prépuce ; tous deux, en effet, peuvent s'enflammer sans que les autres parties des organes génito-urinaires participent le moins du monde de leur état morbide, et donner naissance à une maladie ayant chacune un nom particulier : la balano-posthite chez l'homme, la vulvite chez la femme.

Derrière ces replis fixés là comme pour protéger l'entrée d'organes importants, se trouvent, chez la femme, le vagin, chez l'homme, l'urèthre, dont l'inflammation constitue la blennorrhagie dans les deux sexes.

Jusque-là tout se compare assez bien ; mais en poussant plus loin la comparaison, on voit que la ressemblance est moins frappante, bien que ce soit par une marche semblable que l'inflammation passe de l'urèthre à la vessie chez l'homme, et du vagin à l'utérus chez la femme. Dans ce cas encore, l'inflammation blennorrhagique peut arriver jusqu'à l'ovaire, comme chez l'homme elle passe du canal de l'urèthre à l'épididyme, ovarite peut-être plus fréquente qu'on ne le croit généralement, dont on constate quelques exemples, mais dont beaucoup d'autres probablement passent inaperçus.

Un point de comparaison très exact encore peut s'établir entre les glandes qui sont sur le trajet du conduit vaginal et sur celui de l'urèthre de l'homme. Ces glandes sont placées à une extrémité de chacun de ces conduits et chargées de les lubrifier, ce sont : la prostate et les glandes de Cowper d'un côté ; la glande de Bartholin et les nombreux cryptes qui s'ouvrent à l'entrée du vagin, de l'autre.

Une particularité cependant les différencie, c'est leur situation, les premières étant à l'extrémité profonde de l'urèthre, tandis que les secondes occupent le voisinage de l'anneau vulvaire. Mais cette disposition était nécessaire : leur principal usage étant de faciliter le glissement des corps liquides ou solides qui parcourent ces conduits, il est naturel que la prostate et les glandes de Cowper soient au-devant de la vessie pour aider au passage de l'urine et du sperme à travers l'urèthre, tandis que les glandes de Bartholin sont très bien à leur place à l'entrée du vagin, puisque l'organe copulateur pénètre dans celui-ci d'avant en arrière. On sait que M. Huguier a été l'historien exact de l'anatomie et de la pathologie de la glande de Bartholin, et que M. Gubler a décrit avec non moins de fidélité l'inflammation des glandes de Cowper chez l'homme.

De la vulvite. — La vulvite est l'inflammation des parties constituantes de la vulve. Elle peut occuper la face interne des grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris lui-même, comme cela arrive souvent chez les jeunes filles adonnées à la masturbation. L'inflammation ne se borne pas seulement aux points que nous venons d'indiquer, elle peut se propager aux follicules, et constituer une variété, la folliculite vulvaire ; elle peut envahir le tissu cellulaire et les glandes vulvo-vaginales elles-mêmes, dont l'inflammation assez fréquente constitue une étude très intéressante.

Étiologie. — La vulve peut être enflammée par bien des causes diverses : la plus simple, et qui n'est pas la moins rare, est la malpropreté. J'ai observé un grand nombre de vulvites qui n'avaient

pas d'autre origine, et je ne saurais dire combien, lorsque j'étais chirurgien de l'hôpital de Lourcine, j'ai vu de jeunes filles entrer dans mes salles avec une inflammation assez intense pour faire croire à une maladie grave auxquelles il suffisait de deux ou trois bains entiers et de lotions locales simples pour les débarrasser en deux ou trois fois vingt-quatre heures d'une affection qu'elles reconnaissaient elles-mêmes n'être due qu'à leur incurie.

La vulvite peut être le résultat de frottements très énergiques ; aussi conçoit-on que la masturbation, que le coït souvent répété, et surtout le coït dans des circonstances disproportionnées, puissent la produire ; que l'introduction ou la tentative d'introduction de corps inertes durs et volumineux, comme j'en ai vu des exemples, en soit une des causes. Mais sans violence aucune et seulement par le contact de la muqueuse vulvaire avec le produit d'un écoulement blennorrhagique ou même avec la sécrétion fournie par un chancre, l'inflammation peut se développer.

Comme causes internes, il est incontestable que certaines modifications de l'économie, déterminées par la dentition, par la présence des vers intestinaux, par quelques troubles diathésiques, peuvent y donner lieu.

Symptômes. — Les symptômes sont nécessairement variables en raison de l'intensité plus ou moins grande de la lésion inflammatoire ; le plus souvent on n'observe qu'un état catarrhal dans lequel la muqueuse est injectée, rouge, tendue et chaude, mais quelquefois, et principalement quand la maladie date de quelques jours, elle est le siége de petites exulcérations superficielles tout à fait semblables à celles de la balano-posthite. Ces ulcérations, qui peuvent bien être dues à une vive inflammation, sont souvent aussi déterminées par les ongles des malades qui, pour apaiser les démangeaisons qu'elles éprouvent, portent incessamment les doigts à la vulve. Le prurit est, en effet, quelquefois très intense, très douloureux, et l'on a signalé les désirs vénériens exagérés auxquels il donne lieu. Toute espèce de frottement, même ceux de la marche, sont pénibles. La miction détermine de la cuisson par suite du passage de l'urine sur la muqueuse enflammée, ce qui tout d'abord fait croire à l'uréthrite, alors que le canal est parfaitement sain et ne participe que par son ouverture la plus externe à l'inflammation vulvaire.

Une autre sorte de douleur est celle qu'occasionne l'étranglement qui a lieu quelquefois à la base des petites lèvres, lesquelles alors sont turgescentes, œdématiées, et font saillie en dehors de la vulve. Cet état a été comparé, non sans quelque raison, au paraphimosis de la verge. Le fait est que le sentiment de constriction

PLANCHE XII.

VULVITES.

Fig. 1. — *Vulvite catarrhale chez une femme adulte.*

La surface interne des grandes lèvres est rouge, injectée.
Les petites lèvres un peu boursouflées.
L'inflammation paraît se prolonger dans le vagin, d'où il s'écoule une certaine quantité de muco-pus, A ; mais le spéculum n'a pas été appliqué à cause de la tension de la muqueuse vulvaire.

Fig. 2. — Vulvite chronique existant depuis un temps indéterminé et sans cause occasionnelle connue chez une petite fille de six ans environ, scrofuleuse ; l'hymen est étroit, mais intact, A.

Fig. 1.

A

Fig. 2.



Davesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

dont se plaignent les malades a beaucoup d'analogie avec celui qu'on observe chez l'homme.

Début. Marche. — L'écoulement d'abord séreux, séro-purulent et parfois, même au début, mêlé de stries sanguines, n'est bientôt plus constitué que par un pus épais jaune ou verdâtre, qui tache le linge exactement comme celui de la blennorrhagie uréthrale de l'homme. Son contact avec la surface de la peau de la partie supérieure et interne des cuisses, y détermine souvent une vive irritation, des rougeurs érysipélateuses et même des excoriations ; il n'est pas rare de voir cette irritation gagner la région anale et y produire les mêmes désordres. Un des caractères de l'écoulement vulvaire, c'est l'odeur qu'il répand, et qui résulte du mélange du produit catarrhal avec la sécrétion sébacée si abondante dans le repli des grandes et des petites lèvres; aussi cette odeur est-elle repoussante chez les femmes qui négligent les soins de propreté.

Diagnostic. — Le diagnostic de la vulvite est en général facile ; l'état de la muqueuse et l'écoulement muco-purulent suffisent à faire reconnaître sa nature inflammatoire : cependant il est des cas qui ne laissent pas que de présenter une certaine obscurité. Ainsi, des chancres très superficiels peuvent occuper une étendue considérable des petites et des grandes lèvres et faire croire à des excoriations simples résultant de l'inflammation, alors qu'on a affaire à un symptôme parfaitement spécifique. Mais alors il faudra recourir à l'examen des ganglions inguinaux. Dans le cas d'inflammation simple, ils n'éprouveront tout au plus qu'un léger engorgement très passager, tandis qu'ils seront indolents et multiples si l'on a affaire à un chancre à doublure indurée et qu'ils seront le siége d'un retentissement plus aigu et tendant à la suppuration s'ils sont le fait d'un chancre mou. D'un autre côté, si avec une inflammation franche de la vulve on trouve les ganglions dans l'un des états que je viens d'indiquer, il faut faire un examen attentif des parties malades, car il n'est pas rare de trouver dans quelque pli inexploré un chancre qui en rendra raison et qui marchait concurremment à l'inflammation de la muqueuse. On comprend tout ce qu'un diagnostic exact présente d'important pour l'avenir des malades, puisque la vulvite catarrhale est une maladie toute locale, tandis qu'on sait qu'il n'en est plus de même avec les chancres. J'en dirais autant des plaques muqueuses, s'il était possible de confondre ce symptôme avec un état catarrhal, et tout au plus peut-on admettre que cette confusion puisse se faire tout à fait au début.

Mais une vaginite simple étant donnée, il restera encore à dire à quoi elle est due, et l'on a quelquefois à émettre son avis sur ce

point en médecine légale. C'est alors qu'il faut se souvenir que le coït ou les tentatives de coït sont loin d'être les seules causes d'une inflammation avec écoulement purulent, et il faut savoir se mettre en garde contre des accusations ou des craintes quelquefois très mal fondées.

Lorsque la vulvite n'est pas très intense, il est en général facile de dire si elle existe seule ou si en même temps qu'elle il y a de la vaginite, de la métrite du col ou une uréthrite; mais, quelque intérêt que l'on ait à préciser un tel diagnostic, on est souvent forcé de s'abstenir de recherches et surtout de l'introduction du spéculum, lorsque l'inflammation est très intense et que les parties malades sont très tuméfiées. Le simple écartement des lèvres est fort pénible, à plus forte raison le contact d'un corps métallique. Il n'y a jamais qu'une médiocre importance à distinguer le plus ou le moins d'intensité de la vulvite, et il me paraît inutile de décrire une vulvite sébacée, une vulvite mucipare, d'autant qu'il est bien rare que les unes ou les autres de ces glandules ne soient pas prises dans la plupart des cas. Quant au siége même de la maladie, ceci est peut-être plus utile, en ce sens que l'inflammation bornée au clitoris est presque toujours l'indice de la masturbation, tandis que, quand la vulvite reconnaît pour cause une contusion telle que celle qui résulte de tentatives de viol ou d'un coït répété, c'est par la base des petites lèvres et par la fourchette que l'inflammation commence.

La vulve des femmes adultes et même des femmes d'un âge déjà avancé est parfois le siége d'une inflammation chronique très tenace et qui, dans quelques circonstances, par son exacerbation, pourrait faire croire à une vulvite de contagion, tels sont l'herpès et le prurigo qui peuvent occuper tous les points de la muqueuse, ou l'altération des follicules que l'on a désignée sous le nom assez impropre d'acné. Mais la marche de ces affections qui a lieu souvent par accès, en rendra le diagnostic facile, et d'ailleurs l'aspect des parties malades est loin d'être le même. Ainsi, dans un état d'inflammation blennorrhagique, il y a tuméfaction aiguë de la muqueuse, tandis que, quand on a affaire à une des lésions chroniques que je signale, il existe toujours un certain épaississement et parfois des gerçures reconnaissables, tant sur la membrane vulvaire que sur la peau environnante.

Pronostic. — La vulvite simple est une affection sans conséquence et dont on débarrasse assez promptement les malades, mais comme elle est presque toujours le début d'une vaginite ou d'une uréthrite, c'est-à-dire d'une véritable blennorrhagie, il convient d'être très réservé sur le pronostic, et si la résolution est la

terminaison la plus fréquente comme la plus heureuse de cette maladie, il faut cependant être prévenu que la violence de l'inflammation peut amener de la gangrène qui, dans quelques cas, occasionne une atrésie à laquelle il n'est pas sans exemple que le chirurgien soit obligé de remédier.

Traitement. — La médication à opposer à la vulvite varie suivant son intensité. Due très souvent, comme je l'ai dit, à la malpropreté des malades, on conçoit que les bains et les lotions simples en feront facilement justice, surtout si, après chaque lotion, on a la précaution d'enduire les parties d'un corps gras qui, tout en assouplissant les tissus, empêche sur quelques points le contact irritant de l'humeur sécrétée. La vulvite des petites filles ne résistera pas non plus à ces soins de propreté ; mais il sera bon, dans certains cas, pour en prévenir le retour, de faire usage de toniques à l'intérieur, l'irritation des parties génitales externes reconnaissant souvent pour cause, dans le bas âge, la faiblesse de la constitution.

Pour les vulvites de contagion, des moyens plus énergiques devront être employés. Quand l'inflammation est très aiguë, les lotions émollientes et calmantes, les bains prolongés seront utiles. Je préfère le bain entier au bain de siége, qui a l'inconvénient de congestionner le bassin. Les lotions faites, il est bon d'isoler les surfaces malades au moyen d'un corps gras, de poudre inerte, de linge fin ou de charpie. La marche devra être interdite pour éviter les frottements qui entretiennent l'irritation. Dans des cas très exceptionnels, une application de sangsues est nécessaire, et c'est sur les aines qu'on est dans l'habitude de les poser ; mais il convient d'en être sobre, car les replis de la vulve cachent souvent des chancres aux regards les plus exercés, et l'on a à craindre l'inoculation des piqûres; aussi, lorsqu'une émission sanguine est jugée absolument nécessaire, la saignée générale est préférable.

La douleur une fois calmée et l'écoulement modifié, il faut remplacer les applications émollientes par les résolutifs et les astringents. Ainsi les lotions avec addition d'alun de 10 à 20 grammes pour 500 grammes d'eau, les applications d'une solution de nitrate d'argent ou les attouchements superficiels avec le crayon, les irrigations d'eau froide fréquemment renouvelées. Si la vulvite se complique d'une inflammation exagérée des follicules et si l'orifice de ceux-ci est ulcéré, ou s'il y a des exulcérations sur la muqueuse, dans quelque point que ce soit de la vulve, c'est alors que les cautérisations avec le sel d'argent sont utiles.

A propos de la vaginite et de l'uréthrite, je dirai ce que je pense du traitement abortif.

PLANCHE XIII.

FOLLICULITE ET ABCÈS DE LA GLANDE DE BARTHOLIN.

Fig. 1. — A, kyste intact de la glande vulvo-vaginale du côté gauche ; B, ulcération consécutive à un abcès du côté droit. Un stylet montre la profondeur d'un pareil kyste abcédé et ulcéré.
C, ulcération consécutive à un petit abcès d'un follicule.

Fig. 2. — Abcès aigu de la glande vulvo-vaginale du côté droit, A.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Davesne sc.

Imp. Geny-Gros.

vi
l'i
di
sa
ré
st
qu
lé
pe
re

pt
de

mi
ve
tra
ell
la 1

I
tem
con
nais
abc
thol
les p
L
leme
déter
exem
par l
lèvre
queu
près
Ce
spont
natur
récidi
purul
de la
l'orig
L'a

Complication. — Comme la balano-posthite de l'homme, la vulvite peut se compliquer de lymphite par suite de la violence de l'inflammation, qu'il y ait ou non des ulcérations. Elle est souvent difficile à constater à cause de la présence des poils, ce qui fait sans doute qu'on la regarde comme moins fréquente qu'elle ne l'est réellement; elle est reconnaissable à des cordons durs, noueux, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, facilement suivis jusqu'aux ganglions inguinaux, qu'on trouve presque toujours alors légèrement gonflés; à des taches ou plaques rouges, diffuses sur la peau du pubis et des grandes lèvres, qui sont tendues et douloureuses à la pression.

Pour peu que l'angioleucite soit intense, il survient des symptômes généraux, tels que de la fièvre, de la soif, de l'insomnie, de l'embarras gastrique.

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques de la vulve, se termine plus rarement par suppuration que celle du fourreau de la verge, qui est elle-même fort peu commune. Dans les deux cas, le traitement antiphlogistique en fait prompte justice, et d'ailleurs elle suit presque toujours, à moins de fonte purulente immédiate, la résolution de la phlegmasie première.

Plusieurs sortes d'abcès peuvent compliquer la vulvite. Longtemps confondus sous le nom d'abcès des grandes lèvres, mieux connus depuis les travaux de M. Huguier, ils peuvent prendre naissance dans le tissu cellulaire des grandes lèvres, ce sont les abcès diffus. Ils peuvent occuper le conduit de la glande de Bartholin ou cette glande elle-même. Ces derniers sont de beaucoup les plus fréquents.

Les abcès du tissu cellulaire ne se rencontrent qu'exceptionnellement comme accidents de la vulvite. Ils sont le plus souvent déterminés par un traumatisme, une contusion de l'organe par exemple. On les reconnaît à la présence d'une tumeur constituée par le développement aigu, quelquefois excessif, de toute la grande lèvre, laquelle est rouge, chaude, douloureuse. La peau et la muqueuse en sont très tendues. La fluctuation se fait sentir à peu près partout et semble superficielle.

Ces abcès ont plus de tendance que les autres à s'ouvrir spontanément, et si l'ouverture en a été pratiquée ou s'est faite naturellement de bonne heure, ils guérissent facilement et sans récidive, se comportant en tous points comme les collections purulentes sous-cutanées. Ces abcès, lorsqu'ils sont profonds, ont de la tendance à fuser vers le rectum; aussi sont-ils quelquefois l'origine de fistules ano-vulvaires.

L'abcès de la glande de Bartholin ou de son conduit pouvant

être le résultat de la propagation d'une inflammation de la muqueuse extérieure, on conçoit qu'il constitue plus souvent une complication de la vulvite.

Pour bien saisir la différence entre ces abcès et ceux du tissu cellulaire de la grande lèvre, il faut avoir recours aux données anatomiques et se rappeler que la glande vulvaire est située à la limite de la vulve et du vagin sur les parties latérales au niveau ou un peu au-dessus de l'hymen ou des caroncules, dans l'espace triangulaire formé par le vagin et le rectum. Son volume et sa forme sont ceux d'une petite amande. L'un et l'autre sont très appréciables à travers les téguments dans l'épaisseur de la base de la grande lèvre, un doigt placé sur ce point et un autre introduit à l'entrée du vagin. On a alors une sensation de tact que l'on a comparée à celle que donne un ganglion lymphatique à l'état normal.

Le conduit de la glande, qui, d'après M. Huguier, est ordinairement de 9 à 13 millimètres, pouvant en acquérir le double dans le cas de maladie, se dégage de la partie antérieure, se dirige obliquement en haut et en dedans, et vient s'ouvrir à la face interne de la lèvre à côté des caroncules qui en masquent quelquefois l'ouverture. Ce conduit laisse échapper la sécrétion muqueuse glandulaire destinée, comme on sait, à lubrifier la vulve et le vagin.

Les abcès de la glande de Bartholin se produisent de deux façons : tantôt, en effet, ainsi que je le disais il y a un instant, l'inflammation se propage de la muqueuse vulvaire à la glande à travers son canal excréteur ; tantôt l'ouverture de ce canal est oblitérée et la sécrétion s'accumule dans la glande, en distend l'enveloppe et forme une collection qui peut devenir purulente.

Le diagnostic de cet abcès est facile, car, bien que la grande lèvre ait augmenté de volume, comme dans le cas d'abcès diffus, la tumeur est plus limitée, moins manifeste à l'extérieur ; elle prend au contraire plus de développement à la face muqueuse, y fait une saillie considérable, déplissant la petite lèvre ou même l'effaçant complétement, lorsque le canal excréteur participe à la collection purulente. Ces caractères, joints à une rougeur partielle de la peau, se reconnaissent souvent à l'œil nu. Au toucher, la tumeur de la glande est très appréciable, elle offre une rénitence particulière au centre de la grande lèvre augmentée de volume par l'œdème que détermine le voisinage du foyer ; mais on a bien la sensation que ce foyer est limité et qu'il ne s'étend pas dans le tissu cellulaire.

Si l'abcès occupe plus particulièrement le canal excréteur, la

tumeur, moins volumineuse, est plus interne ; elle soulève, distend et efface la petite lèvre. Dans cette variété, la surface cutanée de la vulve peut ne participer en rien à l'inflammation. C'est au côté muqueux de la grande lèvre que se fait voir la tumeur formée par la glande, et c'est plus spécialement sur la petite lèvre que se fait sentir celle du conduit ; mais la localisation exacte de la collection purulente fût-elle méconnue, l'inconvénient serait à peu près nul, puisque le traitement ne diffère pas dans l'un et l'autre cas.

Folliculite. — Une variété d'abcès très curieuse, qui complique fréquemment la vulvite, est celle que l'on observe dans les follicules de l'entrée du vagin et du pourtour de l'ouverture de l'urèthre. Sous l'influence d'une vive irritation, qui de la muqueuse vulvaire gagne leur intérieur, ils sécrètent plus abondamment et ils suppurent. Mais si les conduits s'oblitèrent, le liquide ne trouvant plus d'issue, il en résulte une rétention qui constitue l'abcès. Celui-ci peut s'ouvrir spontanément par ulcération de la poche qui le contient, mais souvent l'instrument tranchant est nécessaire, non pas que ces collections purulentes aient par elles-mêmes un grand danger et qu'elles atteignent jamais le volume de celles de la grande lèvre ou de la glande de Bartholin, mais parce qu'elles prolongent ou entretiennent la phlegmasie vulvaire. M. Robert a publié un bon mémoire sur ces abcès des follicules, et avec juste raison il a insisté sur la nécessité de détruire le kyste qui les contient.

Le traitement de ces divers abcès est le même à peu près. Il consiste, les émollients locaux et généraux étant employés, à donner issue au pus aussitôt que la fluctuation en démontre la présence. Mais il importe de se souvenir que si l'ouverture de l'abcès diffus de la grande lèvre ne demande pas des soins différents de celle des abcès sous-cutanés ordinaires, et si, comme ceux-ci, il guérit rapidement, pour ceux de la glande de Bartholin, pour ceux de son conduit, comme également pour les conduits folliculaires, il faut, une large incision étant faite, procéder avec la plus grande exactitude, soit à l'éradication complète de la poche pyogénique, soit à sa désorganisation, si l'on veut éviter de nouvelles collections purulentes, des fistules intarissables ou la production de kystes, qui souvent ne reconnaissent pas d'autre origine que celle d'un abcès traité sans les précautions que j'indique.

Vaginite. — L'inflammation du vagin a été étudiée dans ces derniers temps avec soin ; jusqu'à nos jours elle n'avait pour ainsi dire pas été décrite. Sans doute Astruc, Swediaur, Hunter, en ont parlé, mais d'une manière très succincte ; il régnait dans

l'étude de cette affection la plus grande confusion, que l'usage seul du spéculum a pu dissiper. C'est à l'emploi de cet instrument que l'on doit tous les progrès que l'on a faits dans l'étude des maladies de la femme. Dès lors on put examiner avec attention le vagin et le col de l'utérus. Aussi, à partir de ce moment, paraissent sur la vaginite un grand nombre de travaux importants, ceux de M. Ricord, de M. Gibert, de Vidal ; les recherches microscopiques sur la nature du mucus et de la matière des divers écoulements des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme, de M. Donné ; l'article du *Compendium*, ceux du *Dictionnaire de médecine;* le mémoire de M. Durand-Fardel ; celui de Hourmann sur le tamponnement comme méthode de traitement des écoulements utéro-vaginaux; le travail de M. Casenave (de Bordeaux) sur le traitement local des vaginites chroniques à l'aide d'un nouveau procédé de cautérisation ; le mémoire de M. Andrieux (de Brioude); enfin, parmi les thèses sur ce sujet, celle de M. Dubacquié sur les divers écoulements utéro-vaginaux; le mémoire de M. Deville sur la vaginite granuleuse ; les travaux de Valleix et ceux tout récents de M. Melchior Robert.

La vaginite est une affection fréquente ; elle est aiguë ou chronique ; elle envahit toute la muqueuse ou seulement une partie de sa surface ; elle est superficielle ou profonde.

Étiologie. — La contagion est la cause ordinaire de la vaginite, je veux dire que le plus souvent la muqueuse vaginale s'enflamme au contact du pus sécrété par la muqueuse uréthrale de l'homme, Mais la vaginite ne survient pas toujours ainsi. Ne la voit-on pas, en effet, naître à la suite d'excès vénériens entre individus parfaitement sains? Et de plus, ne voit-on pas la vaginite ainsi causée donner la chaudepisse à des hommes bien portants ? J'ai pu constater ce fait quelquefois. Or, si le fait existe, je crois qu'on est en droit de conclure qu'il n'y a pas de pus spécial pour la blennorrhagie, et que la vaginite contagieuse peut naître sous d'autres influences que la contagion même.

Symptômes. — La vaginite aiguë peut débuter quelques heures après le rapprochement sexuel ; mais ce début est rare ; ordinairement, les premiers symptômes s'annoncent quelques jours après le coït ; quelquefois il est difficile de fixer le moment d'invasion de la maladie. Habituellement, elle commence par des démangeaisons à la vulve, sans qu'il y ait vulvite déclarée, car s'il est fréquent de voir l'inflammation du vagin coïncider avec celle de la vulve et en être la conséquence, il est certain aussi qu'elle peut avoir lieu d'emblée, la première partie des voies génitales restant intacte. Mais que la vaginite aiguë survienne d'emblée ou à la suite

de la vulvite, elle est en général moins douloureuse que celle-ci ; il y a moins d'ardeur, moins de prurit, les douleurs sont plus profondes. Quelquefois les démangeaisons sont accompagnées d'une sensation pénible que la malade accuse dans les aines ou dans le bas-ventre. Souvent aussi il n'existe ni démangeaison ni douleur, et la maladie débute par un écoulement plus ou moins abondant de muco-pus et plus rarement par du pus tout à fait pur.

Sa coloration est ordinairement jaunâtre, quelquefois jaune verdâtre. Il tache la chemise de la femme de la même manière. Les parties génitales peuvent en être humectées ; c'est alors que les malades sont obligées de prendre les plus grands soins de propreté, car, lorsque le pus reste longtemps au contact de la muqueuse vulvaire, il peut y déterminer des érosions qui expliquent les douleurs si vives qui surviennent quelquefois aussitôt après la miction.

Un examen superficiel ne saurait suffire pour constater la vaginite, il faut avoir recours au spéculum. Aussitôt qu'il est introduit, on voit le pus glisser entre les valves de l'instrument, et parfois il est si abondant que, pour apprécier l'état de la muqueuse vaginale, on est obligé de l'essuyer avec un tampon de charpie sèche. Alors apparaît la muqueuse, qui est d'un rouge vif dans toute son étendue ou seulement au niveau des culs-de-sac. Les replis du vagin enflammé sont ordinairement lisses, dépourvus de toute espèce de rugosités ; cependant la muqueuse est parfois recouverte de petites saillies qu'on a appelées granulations. Ces granulations ont été étudiées par M. Deville, qui croyait qu'elles n'existaient que dans la vaginite des femmes enceintes, à laquelle il avait donné le nom de vaginite granuleuse. Une observation attentive a démontré et démontre tous les jours que ces granulations peuvent exister sur la muqueuse vaginale en dehors de la grossesse ; mais il est certain aussi qu'elles sont alors beaucoup plus développées. Les granulations n'ajoutent rien à l'abondance de l'écoulement ; elles sont peu accentuées dans la vaginite aiguë. Au contact, elles donnent la sensation de petites rugosités, mais cette sensation est très faible et il faut une grande habitude du toucher pour la percevoir nettement. Le plus souvent, dans la vaginite aiguë, les granulations sont saignantes ; il faut dire cependant qu'elles ne laissent guère échapper du sang que par suite de la déchirure que produit l'entrée du spéculum.

Enfin, le spéculum permet de constater aussi sur la muqueuse du vagin des érosions superficielles. Quant aux ulcérations profondes indiquées par quelques auteurs, elles peuvent être le résultat d'une inflammation phlegmoneuse de toute l'épaisseur des parois

PLANCHE XIV.

VAGINITE ET BLENNORRHAGIES DU COL.

Fig. 1. — *Vaginite aiguë.*

L'orifice vulvo-vaginal, le vestibule et l'urèthre, BB, sont rouges et enflammés, ainsi que les caroncules, B, entre lesquelles on voit sourdre du muco-pus, A.

Fig. 2. — Blennorrhagie du col, aiguë et simple, n'offrant qu'une surface d'un rouge vif, légèrement chagrinée, A. L'ouverture du col, B, est saine.

Fig. 3. — *Blennorrhagie chronique du col avec hypertrophie et ulcération des follicules*, A.

On voit, à l'ouverture du col, une goutelette de pus, B, dans laquelle la base de la lèvre postérieure baigne déjà, C.

Pl. 14

Fig. 1.

B

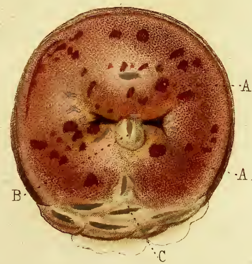
B

A

Fig. 2.



Fig. 3.



nedouche sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

t
I

c
p
l'
de
ét
tra

est
par
fac
vag
tan
L
Cep
la fi
habi
remo
La
vagin
partie
on co
conse
vagin
voit c
rieure
Si l
la col
temps.
le plus
soins le
mation.
Voici a
tion du
le plus
épaisse
volumi
sentir
spécu
vulve;

vaginales, elles sont aussi quelquefois la suite de cautérisations très énergiques, le plus souvent intempestives, et elles ne doivent pas être rapportées à la vaginite purement catarrhale.

D'après ce que je viens de dire, on voit que l'emploi du spéculum est très utile pour constater la vaginite ; mais il ne faudrait pas croire qu'il soit toujours possible de s'en servir. Ainsi, quand l'inflammation est très vive, il est difficile de l'appliquer, à cause de la douleur violente que produit le moindre contact d'un corps étranger à l'entrée du vagin. Alors on est obligé d'attendre que le traitement ait modifié l'inflammation pour y avoir recours.

Si l'on veut pratiquer le toucher vaginal lorsque l'inflammation est à sa période aiguë, on sent que le doigt se trouve comme serré par le boursouflement des replis de la muqueuse ; de plus, il est facile de constater une élévation notable de la température du vagin. Cette exploration avec le doigt ne devra être faite qu'autant qu'elle ne produit pas une douleur trop vive.

Les symptômes généraux sont ordinairemement peu intenses. Cependant il existe, dans certains cas d'inflammation très aiguë, de la fièvre, du malaise, de l'embarras gastrique ; mais cet état cesse habituellement vite. S'il se prolonge, c'est que l'inflammation a remonté plus haut et s'est emparée de l'utérus.

La vaginite aiguë marche de l'orifice vulvaire vers le fond du vagin. L'inflammation peut envahir toute la muqueuse ou une partie seulement ; c'est peut-être le cas le plus ordinaire. Ainsi, on constate souvent que le cul-de-sac vaginal et le col de l'utérus conservent leur aspect tout à fait normal, alors que la moitié du vagin est d'un rouge vif ; puis, au bout d'un certain temps, on voit ces parties rougir à leur tour, se phlogoser, et la partie antérieure du vagin se guérir et revenir à son état ordinaire.

Si la marche de la vaginite est rapide, ce qui arrive rarement, la coloration rouge intense de la muqueuse disparaît en peu de temps, l'écoulement se tarit et toutes les douleurs cessent. Mais le plus souvent la vaginite passe à l'état chronique, et malgré les soins les plus assidus et les médications dirigées contre l'inflammation, elle s'éternise en quelque sorte dans les replis du vagin. Voici alors ce que l'observation permet de constater : l'introduction du spéculum est facile ; entre ses valves apparaît la muqueuse, le plus souvent rouge, mais quelquefois plutôt pâle et comme lavée, épaissie ; parfois lisse, souvent hérissée de granulations assez volumineuses et assez confluentes pour qu'il soit possible de les sentir au toucher. Pour bien les examiner il suffit, lorsque le spéculum est au fond du vagin, de le retirer peu à peu vers la vulve ; alors la muqueuse granulée fait saillie entre les valves

de l'instrument, et laisse voir sa surface inégale et comme raboteuse.

L'écoulement, dans la vaginite chronique, est plutôt séro-purulent que franchement purulent. Les douleurs que la femme éprouvait continuellement dans l'état aigu ne se montrent plus guère que de temps à autre dans le bas-ventre et dans les aines, mais avec des exacerbations, et elle pourrait se croire guérie si l'écoulement qui tache son linge ne lui révélait pas que sa maladie existe encore.

La vaginite chronique est très rebelle; aussi beaucoup de femmes se trouvent, au bout d'un certain temps, affaiblies par la persistance de l'écoulement.

Diagnostic. — Ordinairement le diagnostic de la vaginite aiguë est facile. Cependant, lorsqu'il existe une vulvite intense qui empêche l'introduction du spéculum, on peut croire qu'il n'y a pas de vaginite et attribuer l'écoulement à la vulvite seule. L'erreur sera évitée si l'on a soin d'écarter les grandes lèvres et de déprimer la fourchette ; on voit alors que le pus vient du vagin. De plus, quand il existe une vaginite, il y a de la pesanteur dans le ventre et des tiraillements dans les aines. Aussitôt que le spéculum peut être introduit, il n'y a plus de confusion possible.

Lorsqu'on se contente d'un examen superficiel, on peut diagnostiquer une vaginite qui n'existe pas, on peut croire à un écoulement purulent sécrété par la muqueuse vaginale enflammée, quand le pus vient de l'utérus. Mais l'examen au spéculum empêche que l'erreur continue. On constate en effet que la muqueuse du vagin n'est pas altérée, que l'écoulement sort par l'orifice utérin, enfin que le col est rouge et comme gonflé.

Quand la vaginite passe à l'état chronique et quand elle dure depuis très longtemps, il est parfois impossible de la distinguer de la leucorrhée ordinaire, et l'on tombe dans la même incertitude que pour beaucoup de cas de blennorrhagie chez l'homme, où il est souvent si difficile de juger si l'écoulement est encore ou n'est plus contagieux.

Pronostic. — A moins qu'elle se complique d'ulcérations, d'abcès ou de gangrène des parois vaginales, d'où il peut résulter des brides, des adhérences et même une atrésie partielle de l'organe, le pronostic de la vaginite aiguë chez la femme n'est pas grave. Quand elle passe à l'état chronique, elle devient très difficile à guérir. On voit en effet des femmes qui ont eu des blennorrhagies conserver des flueurs blanches des années entières, et alors qu'elles n'en avaient jamais eu antérieurement. C'est pour elles un grand tourment, parce qu'elles ne se croient pas guéries

de la maladie qui leur a laissé cette incommodité. Aussi, lorsqu'on donne des soins à une femme atteinte de vaginite, qui n'a pas encore eu de leucorrhée, il est prudent de la prévenir de la possibilité de cette terminaison.

Traitement. — La méthode abortive a été employée contre la vaginite, et moi-même je l'ai expérimentée.

Dans un mémoire publié en 1845 sur le traitement abortif de l'uréthrite chez la femme, je disais : Suivant moi, les injections abortives n'ont de puissance qu'à la condition de désorganiser la partie la plus superficielle de la muqueuse, et si elles ne sont faites qu'à des doses irritantes, non-seulemeut elles sont complétement inutiles au point de vue du traitement abortif, mais même elles sont très nuisibles employées concurremment avec les médicaments internes auxquels elles font perdre alors toute chance de réussite.

Je résumais ma pensée sur le traitement abortif appliqué à l'uréthrite de l'homme de la façon suivante : Employer une solution suffisamment caustique, toucher exactement toute la surface malade, telles sont en définitive les deux conditions essentielles du traitement abortif...; et comme la seconde de ces conditions n'est rien moins que facile à déterminer, il est douteux que ce traitement jouisse jamais d'une grande vogue ; pour mon compte, après quelques essais, dont un petit nombre a été heureux, j'y ai renoncé à peu près complétement. Cependant je voulus voir si le mode de traitement préconisé par M. Debeney pouvait s'employer avec avantage contre certains écoulements de la femme, et comme, à l'époque où parut le mémoire de ce médecin, j'avais un service à l'hôpital de Lourcine, je me livrai à quelques expériences. Je fis faire aux quatre premières femmes qui se présentèrent dans mes salles avec une vaginite aiguë des injections de nitrate d'argent à la dose de 60 centigrammes pour 30 grammes d'eau. Trois de mes malades n'éprouvèrent rien à la suite de l'injection, la quatrième accusa un peu de chaleur durant deux ou trois heures. Trois jours de suite on répéta ces injections ; mais, au lieu de calmer l'écoulement, il semblait au contraire s'accroître sous leur influence. Je fis porter la dose du nitrate d'argent à 1 gramme ; trois jours de suite je fis encore ces injections, et j'obtins une très légère escharification de la muqueuse. Pensant alors que l'effet que j'attendais devait être produit, je prescrivis plusieurs fois par jour des injections d'eau froide, et j'attendis ; mais, au bout de cinq à six jours, chez toutes les quatre, j'avais un écoulement deux fois plus considérable qu'à leur entrée, et chez la seule que je pus examiner au spéculum, la muqueuse vaginale était très

rouge, très injectée et saignante. Je dus m'abstenir de tout examen profond chez les trois autres, à cause de la douleur vive qu'elles accusaient.

Je soupçonnai alors que quelque repli de la muqueuse, ayant échappé à l'action du caustique, avait été le point de départ d'une nouvelle inflammation, ou, pour mieux dire, la cause du retour de la première, modifiée dans une certaine étendue seulement, et je résolus d'éviter cet inconvénient par un autre moyen.

Chez trois autres femmes également atteintes de vaginite aiguë, j'introduisis le spéculum bivalve; puis, avec un pinceau de charpie, je touchai le plus exactement possible toute la surface vaginale avec une dissolution de 4 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Deux de ces malades souffrirent beaucoup dans la partie et dans le bas-ventre; l'autre ne se plaignit que d'élancements très vifs après avoir uriné; celle-ci vit un peu de sang sur son linge; toutes trois n'eurent pas de fièvre. Pendant trois jours l'écoulement disparut; il revint très abondant et très épais le quatrième jour chez deux d'entre elles, et le cinquième seulement chez l'autre. Huit jours plus tard, je fis la même opération sur deux de ces malades seulement, la troisième n'ayant pas voulu s'y soumettre de nouveau. Cette fois, l'écoulement reparut dès le surlendemain et il s'accompagna d'un peu de sang. Les phénomènes inflammatoires furent aussi cette fois beaucoup plus intenses.

Bien que ces trois observations aient trompé l'espoir que j'avais eu de juguler la vaginite aiguë au moyen de la solution caustique de nitrate d'argent, je voulus néanmoins essayer encore un moyen plus énergique, et voici ce que je fis. Deux malades se présentèrent à l'hôpital ayant chacune une vaginite aiguë qui me paraissait de date récente. Le vagin seul était pris et il n'y avait absolument rien ni à l'urèthre ni au col de la matrice. Chez toutes deux je promenai sur toute la surface vaginale le crayon de pierre infernale, ayant soin de n'en pas épargner un seul point. Quelques heures après, mes deux malades éprouvaient des douleurs vives dans la partie. Chez l'une, elles furent assez bien calmées par des irrigations d'eau froide; l'autre eut un accès de fièvre violent. J'obtins encore ici une suppression de l'écoulement pendant deux jours, mais il revint ensuite très abondant et sanguinolent. Dix jours plus tard, je recommençai la cautérisation par le même moyen, mais sans plus de succès et en déterminant des douleurs beaucoup plus fortes, et chez les deux malades de l'écoulement de sang.

Je voulus voir si des injections de nitrate d'argent à doses modérées ne seraient pas utiles après ces cautérisations pour entre-

tenir une certaine modification de la muqueusé ; une de ces dernières malades y fut soumise, elle fit pendant huit jours, matin et soir, une injection à 40 centigrammes, et chaque jour, elle diminuait de 5 centigrammes. Je m'assurai que ces injections étaient faites exactement, mais elles ne produisirent aucun bon effet local, et même elles entretinrent cette femme dans un état d'excitation générale qu'avaient développée, je crois, mes cautérisations.

Le résultat de ces expériences m'a fait complétement renoncer au traitement abortif de la vaginite, et maintenant je n'hésite point à employer les émollients contre la vaginite aiguë, persuadé qu'on en retire plus d'avantages.

Les grands bains, les bains de siége, les injections adoucissantes calment l'inflammation. Quand elle est trop vive, il est bon de remplacer les injections faites avec une décoction de guimauve ou de graine de lin par des injections narcotiques, la décoction de têtes de pavots, par exemple. Les injections doivent être répétées plusieurs fois dans la journée.

Quelques médecins ont injecté dans le vagin de la farine de graine de lin en consistance demi-solide. Je considère ces cataplasmes intra-vaginaux comme un moyen désagréable, pénible à appliquer, et qui, au lieu de calmer, irrite encore les parties si la farine de lin n'est pas pure et fraîche. Quant aux injections avec l'urine chargée des principes du copahu et du cubèbe, essayées par M. Hardy, elles inspirent trop de répugnances aux malades pour qu'elles soient jamais d'un usage bien pratique.

Le repos absolu sera conseillé ; s'il peut être gardé, il causera beaucoup de soulagement aux malades.

On emploiera aussi avec avantage, dans certains cas d'inflammation vive, les émissions sanguines locales ou générales. Quelques médecins ont conseillé d'appliquer des sangsues dans le vagin même ; il est préférable de les mettre sur les aînes.

La période aiguë terminée, on doit passer aux injections astringentes faites avec les solutions d'alun, d'acétate de plomb, de sulfate de zinc. La formule que j'emploie le plus habituellement est la suivante : Alun, 10 à 20 grammes ; eau, 500 grammes.

Les injections d'eau simple, mais répétées plusieurs fois par jour, et avec un irrigateur puissant, sont aussi d'un bon usage.

Concurremment avec les injections, le tamponnement est souvent utile pour tenir isolées les surfaces malades. Pour le pratiquer, on se sert de charpie ou de coton secs ou imbibés d'un liquide résolutif. Plusieurs praticiens plongent les tampons dans un glycérolé de tannin. M. A. Richard, qui emploie ce tamponnement à Lourcine depuis plus d'un an, en a obtenu plusieurs

fois des résultats satisfaisants. On a beaucoup vanté la glycérine seule, mais je dois déclarer qu'elle n'a jamais rendu grand service.

Le tamponnement me paraît agir surtout en empêchant les parois du vagin d'être en contact et de s'irriter mutuellement. C'est en vertu de cette idée qu'on a introduit dans le vagin des poudres comme celle de tan, de sous-nitrate de bismuth, qui n'ont certainement aucune vertu topique et qui n'agissent que comme corps isolant, sans fatigue pour les parois vaginales que détermine chez certaines femmes le tamponnement.

Quand la vaginite est devenue tout à fait chronique, quand l'écoulement est entretenu par des vices lymphatiques et scrofuleux, il faut employer, concurremment avec le traitement local une médication générale qui variera suivant les indications.

Métrite. — La métrite consécutive à la vaginite s'observe assez fréquemment, et, comme l'inflammation suit une marche ascendante, il n'est pas étonnant de la voir atteindre d'abord la muqueuse qui revêt la portion vaginale du col, puis celle de la surface interne de l'utérus. L'inflammation peut rester bornée à la muqueuse qui tapisse la portion vaginale du col, mais le plus souvent elle s'étend à la muqueuse utérine entière. Cette métrite superficielle est aiguë ou chronique. L'inflammation s'étend rarement au parenchyme même de l'organe.

Etiologie. — Ordinairement, l'inflammation du vagin gagne l'utérus sans qu'on puisse saisir par l'observation l'instant de ce passage. Mais souvent la métrite naît sous l'influence des causes qui produisent la congestion utérine; ainsi, il n'est pas rare de voir les excès de coït, la menstruation, favoriser cette extension inflammatoire.

Symptômes. — Les symptômes généraux sont ordinairement très légers, lorsque la phlegmasie reste limitée à la muqueuse de la portion vaginale du col. Il existe bien quelques tiraillements dans les aines, quelques douleurs dans le bas-ventre, mais comme ces douleurs existent aussi dans la vaginite, il est utile de pratiquer le toucher et d'examiner la malade au spéculum.

Le toucher peut rester obscur et insuffisant ; quelquefois, il permet de s'assurer que l'on a affaire à une surface qui est tomenteuse. Le spéculum fait constater l'état de la muqueuse, qui souvent ne présente qu'une rougeur intense, sans aucune érosion, qui souvent aussi est complétement privée de son épithélium. C'est alors que le col a été comparé à une cerise décortiquée ; c'est alors aussi qu'il donne au doigt la sensation que Chomel comparait au contact du velours de laine.

L'inflammation, comme je l'ai déjà dit, peut rester bornée à cette partie de la muqueuse utérine, mais, le plus souvent, elle n'est que le prélude de l'envahissement de la muqueuse même du col et de celle du corps.

Alors les symptômes changent. Les douleurs du ventre augmentent surtout à la pression ; la malade se plaint de tiraillements dans les aines et dans les reins. Il peut y avoir de la fièvre et un état saburral plus ou moins prononcé.

Si l'on touche la femme, on sent que le col est comme gonflé, ce qui est dû à un léger œdème sous-muqueux. Quelquefois, le doigt perçoit de petites inégalités plus ou moins nombreuses. Ce sont des granulations encore intactes ou même ulcérées : mais au début de la métrite, ces ulcérations sont très rares ; elles n'existent guère que dans la métrite chronique. Enfin, le toucher permet de constater une augmentation du volume de l'utérus.

L'exploration faite avec le spéculum permet d'observer la rougeur de la muqueuse du col qui, gonflé, fait saillie au milieu du vagin, et ressemble assez au gland devenu turgide par l'érection. On voit aussi les lèvres du col légèrement entr'ouvertes et laissant sortir un mucus séro-purulent ou même franchement purulent. Dans quelques cas, le pus se trouve retenu dans la cavité du col ; alors, si l'on vient à presser le col entre les deux valves du spéculum, on fait jaillir le pus. Dans d'autres cas, il ne sort que goutte à goutte, et il peut se faire qu'un assez grand nombre de gouttes purulentes se succèdent à mesure qu'on les enlève avec un tampon de charpie sèche.

Quelquefois, dans la période aiguë de la métrite, il existe sur le col des granulations et des ulcérations ; c'est encore le spéculum qui permet de les étudier.

Ces granulations sont analogues à celles qu'on rencontre dans la vaginite. Elles sont constituées par des follicules enflammés formant de petites saillies, qui seules doivent être regardées comme des granulations. Beaucoup d'auteurs donnent le nom de *granulations* aux rugosités qu'on rencontre à la surface des ulcérations ; c'est une erreur, car ces rugosités, ces saillies ne sont autre chose que des bourgeons charnus.

Quoi qu'il en soit, les granulations du col sont quelquefois très nombreuses. Dès le début, elles ressemblent assez à de petites vésico-pustules qui parfois laissent suinter une goutelette de liquide séreux ou séro-purulent quand on les pique. Ainsi vidées, elles se dépriment très légèrement. La dépression augmente à mesure que la vésico-pustule marche vers sa terminaison ; enfin, il arrive un moment où elle peut être remplacée par une macule

rouge, qui disparaît au bout d'un certain temps et qu'on a prise souvent, j'en suis persuadé, pour des éruptions spécifiques du col. Au lieu de se terminer ainsi, la granulation peut amener une ulcération. En effet, que les granulations soient nombreuses et confluentes, on comprend comment il peut exister, au moment de la rupture de ces petits follicules enflammés, autant de dépressions qui constitueront, si elles se touchent par leurs bords, une surface érodée plus ou moins étendue.

Je l'ai déjà dit, cet état du col est rare dans la période aiguë de la métrite, et fréquent dans la période chronique. L'écoulement muco-purulent, suivant plusieurs médecins, serait la cause de cette fréquence plus grande des granulations et des ulcérations dans la période chronique. Dès que les granulations sont rompues, la surface érodée qui remplace leur petite saillie s'enflamme; alors se trouvent constituées ces ulcérations rendues rebelles par l'irritation que produit, au pourtour de l'orifice du col, le pus ou le muco-pus qui le baigne presque incessamment. Quelques observateurs voient dans l'antéversion une cause d'ulcérations, ils les expliquent par le frottement permanent de la lèvre postérieure du col sur la cloison recto-vaginale; je crois cette observation vraie, mais elle ne saurait être absolue, puisque les mêmes lésions se rencontrent quand le col est dans sa rectitude normale.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie des ulcérations, il est certain qu'elles sont fréquentes dans la période chronique de la métrite. Elles siégent sur les deux lèvres, mais le plus souvent sur la lèvre postérieure. Souvent aussi elles occupent le pourtour du col, qu'elles bordent complétement, de manière à lui former une espèce de collerette. Quelquefois elles semblent s'enfoncer dans l'intérieur du col même et se prolonger sur la muqueuse qui en tapisse la cavité. Ces ulcérations sont irrégulières, festonnées sur les bords. Leur surface ressemble assez à celle d'une écorce d'orange. En général, elles ne sont constituées que par une simple érosion de la muqueuse qui, après la mort, se retrouve difficilement. Quelquefois, cependant, elles sont un peu moins superficielles; alors leur surface est recouverte de saillies qui semblent être constituées par des bourgeons charnus. Parfois ces inégalités donnent un aspect bizarre à la surface ulcérée. On dirait qu'en ce point le col a été rongé par une gangrène interstitielle.

La métrite chronique produit sur l'organisme une fâcheuse influence; elle peut avoir pour conséquence la dyspepsie, la dysménorrhée, et le système nerveux des femmes qui en sont atteintes peut s'en trouver plus ou moins violemment ébranlé.

Diagnostic. — Le diagnostic de la métrite est généralement

facile. L'état du col, l'écoulement par son orifice, les douleurs dans les aines et dans le ventre font reconnaître la maladie. Cependant les ulcérations, que la métrite détermine sur le col de l'utérus, peuvent être prises pour des chancres. Mais l'ulcération de la métrite est irrégulière, à bords festonnés, à surface chagrinée; tandis que le chancre mou présente une surface moins inégale; ses bords sont moins irréguliers; tel est du moins son aspect quand on l'observe au bout de quelques jours d'existence.

Un autre signe pourrait parfois éclairer le diagnostic, c'est la coïncidence assez fréquente de chancres mous à la vulve avec celui ou ceux du col. Quant à l'inoculation, on ne peut guère invoquer ses résultats ; on ne l'a pas employée assez souvent dans ce cas, comme moyen de diagnostic. Le chancre infectant ne devrait pas être confondu avec les ulcérations de la métrite, car il présente des bords réguliers, ordinairement non indurés. et une surface taillée en forme de cupule et offrant un fond grisâtre, et pourtant je ne doute pas qu'un pareil chancre n'ait été bien souvent pris pour une ulcération simple du col, ce qui s'explique par la difficulté de constater l'induration d'une manière certaine, et par l'impossibilité de s'assurer de l'état des ganglions voisins.

Pronostic. — La métrite blennorrhagique n'est pas une maladie grave ; mais, à cause de sa grande facilité à passer à l'état chronique, elle constitue une affection qui devient pour les femmes qui en sont atteintes une source d'ennuis et de souffrances.

Traitement. — Tout à fait au début, quelques praticiens ont employé la méthode abortive; j'ai dit, au sujet du traitement de la vaginite aiguë, ce que je pensais de la méthode abortive : je la trouve dangereuse. Pendant la période aiguë, il est préférable d'avoir recours aux émollients et aux antiphlogistiques.

Les bains prolongés, les bains de siége sont utiles, ainsi que les applications émollientes sur l'hypogastre et les injections dans le vagin avec la décoction de guimauve ou de têtes de pavot. On a conseillé, mais à tort, suivant moi, des cataplasmes vaginaux faits avec de la farine de graine de lin.

M. Mêlier a employé des bains du col de l'utérus. Combiné avec les boissons froides et le repos absolu, ce moyen aurait donné de bons résultats.

On a proposé d'introduire des fragments de glace dans le vagin, mais Lisfranc, qui a expérimenté ce moyen, le considère comme aggravant les accidents.

Les émissions sanguines locales et générales ont été employées, Elles produisent souvent du soulagement.

Quand la période aiguë est passée, il est bon de toucher le col

avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent. Le col est-il granuleux, exulcéré, c'est à cette cautérisation qu'il faut avoir recours. Quand les granulations ne sont pas très prononcées, quand l'exulcération est superficielle, la solution caustique suffit presque toujours ; mais lorsque les ulcérations sont plus profondes et que le col a augmenté de volume, il convient d'employer une cautérisation plus énergique ; le crayon de nitrate d'argent, les acides azotique, chlorhydrique, le nitrate acide de mercure. Le fer rouge appliqué au traitement des ulcérations chroniques du col de l'utérus rend de grands services, mais il faut être sobre de ce moyen, dont on est quelquefois disposé à abuser.

Lorsque l'intérieur du col participe à la maladie, on a souvent obtenu de bons effets d'une cautérisation très énergique pratiquée sur ce point avec le crayon de nitrate d'argent.

Contre la métrite chronique, on a beaucoup vanté les injections intra-utérines de toutes sortes. Vidal, dans son *Traité des maladies vénériennes*, a consacré plusieurs pages à la défense de ce moyen, mais j'ai été témoin d'accidents tellement graves après leur emploi, que je ne conseillerai jamais d'y avoir recours, et que je compte toujours plus sur la médication générale pour en amener la guérison.

Ovarite. — Au siècle dernier déjà, l'ovarite avait été indiquée comme complication de la blennorrhagie. Hunter ne cite cette opinion que pour la révoquer en doute, sans toutefois la nier formellement. Swediaur n'en dit rien.

Les auteurs modernes placent la blennorrhagie parmi les causes possibles de l'ovarite qu'ils comparent à l'orchite blennorrhagique.

M. Ricord a attiré sur ce sujet l'attention des observateurs, mais la rareté des autopsies, et surtout leur désaccord avec les opinions reçues, ont rendu stationnaires nos connaissances à ce sujet.

En 1857, MM. Bernutz et Goupil présentèrent cette question sous un jour tout nouveau, au point de vue anatomique au moins. Ces idées sont reproduites et développées dans un livre encore inédit auquel j'emprunte bien des détails.

L'inflammation blennorrhagique s'étend de la vulve et du vagin vers l'utérus et ses annexes, gagne graduellement les trompes et l'ovaire.

Mais lorsqu'elle arrive à ces derniers organes, elle s'empare du péritoine pelvien dont la disposition autour des ovaires et de leurs annexes rappelle celle de la tunique vaginale autour du testicule. Cette péritonite partielle domine bientôt la scène pathologique, et c'est à elle que se rapportent tous les symptômes qui trahissent

cette complication. Aussi je ne fais pas difficulté d'accepter le nom de pelvi-péritonite donné par MM. Bernutz et Goupil pour désigner la série d'accidents compris sous le nom d'ovarite blennorrhagique. Mais je fais remarquer qu'on fait jouer ici un trop grand rôle à l'inflammation du péritoine, et que l'on peut tomber de la sorte dans la même exagération que Rochoux quand il voulut prouver que tous les phénomènes de l'orchite blennorrhagique se passent dans la tunique vaginale.

Dans toutes les autopsies faites jusqu'à présent, la trompe a été trouvée malade, les ovaires étant sains ; mais le nombre trop restreint des observations ne permet pas la généralisation de ce fait anatomique, qui s'accorde bien cependant avec la rareté de l'ovarite non puerpérale. A peine pourrait-on citer un exemple bien avéré d'inflammation aiguë de l'ovaire en dehors de l'état de grossesse et de couches, disent Boivin et Dugès (*Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*). Maintenant même, plus que jamais peut-être, on peut affirmer qu'il n'existe point de moyen physique de distinguer sur le vivant si la lésion initiale appartient à l'un ou à l'autre de ces organes. Restons donc sur ce point dans une sage réserve et dans un doute prudent.

Que l'inflammation arrive ou non jusqu'à l'ovaire, c'est bien par continuité de tissu qu'elle se propage ; la trompe et son pavillon jouent le rôle du canal déférent dans l'épididymite. Ici donc, comme chez l'homme, nous n'admettrons que ce mode d'invasion, rejetant la métastase et cette sympathie aveugle qui n'explique rien.

Chez les malades enlevés par une affection intercurrente, l'autopsie a fait constater diverses lésions.

Les trompes augmentées de volume offrent des sinuosités exagérées. Leur surface extérieure présente des rougeurs plus ou moins vives, arborescentes. Les parois sont épaissies, la surface interne est villeuse, de couleur variable, la cavité contient du pus en plus ou moins grande quantité.

Les orifices sont quelquefois libres, d'autres fois oblitérés, et les trompes forment des abcès complétement fermés, ou bien s'ouvrant dans des cavités formées aux dépens du péritoine pelvien ; quelquefois la pression fait refluer le pus par l'orifice utérin.

L'ovaire, quand son état est indiqué, est sain et présente l'aspect que comporte l'âge du sujet.

Le péritoine pelvien présente des traces d'inflammation. Des fausses membranes réunissent entre eux les organes pelviens, ovaires, trompes, ligaments larges, utérus, ainsi que les parties du canal intestinal situées dans le voisinage.

Ces organes ainsi réunis par des adhérences et fixés souvent dans des positions anormales, constituent les tumeurs senties au toucher vaginal. Ils interceptent quelquefois entre eux des intervalles isolés de la cavité péritonéale, véritables poches enkystées dans lesquelles s'accumule de la sérosité ou du pus. Elles sont le plus souvent situées sur les parties latérales de l'utérus, près des ovaires et des trompes, et quelquefois le pavillon vient s'y ouvrir, disposition qui semble révéler la cause et le mécanisme de formation de ces pelvi-péritonites. Les trompes peuvent être oblitérées, comme dans l'observation de M. Mercier.

On trouve quelquefois des vestiges de l'inflammation blennorrhagique du vagin et de l'utérus, dont les lésions péritonéales ne sont que l'extension.

La fréquence de la pelvi-péritonite blennorrhagique est très difficile à apprécier à cause du manque de documents. On peut toutefois dire qu'elle est loin d'être rare. M. Bernutz écrit qu'elle est aussi fréquente à Lourcine que l'orchite à l'hôpital du Midi. Mais c'est là une assertion que je ne saurais admettre quand je vois le rapport exact de l'épididymite avec la blennorrhagie dans les hôpitaux des vénériens.

D'après les relevés de M. Bernutz, cette complication n'apparaît jamais dans le premier septénaire de la contagion ; rare dans le second, elle devient plus fréquente sur la fin du premier mois où elle atteint son maximum ; après cette époque, son apparition est exceptionnelle. Quelquefois l'écoulement diminue en même temps qu'apparaît la complication péritonéale, toutes circonstances qui rapprochent singulièrement l'ovarite de l'épididymite.

Étiologie. — Elle est assez obscure. La menstruation est une cause occasionnelle relativement fréquente, la congestion des organes pelviens facilitant leur participation à l'inflammation.

Ce qui complique l'étiologie de cette affection, c'est le grand nombre des circonstances auxquelles on peut, dans chaque cas, rattacher l'évolution pathologique, et dont plusieurs peuvent, en dehors même de la blennorrhagie, provoquer des accidents dans le système utérin.

Les fatigues physiques de toute sorte, les excès de tout genre, vénériens surtout, le traitement mal fait ou l'absence de tout traitement, toutes causes, en un mot, capables d'exagérer l'inflammation de la muqueuse utéro-vaginale et ainsi d'en causer l'extension aux annexes de l'utérus et au péritoine.

Symptômes. — Les seuls symptômes sensibles sont ceux de la péritonite pelvienne.

Le premier signe est la douleur abdominale.

Déjà l'inflammation de la muqueuse utérine avait été signalée par la pesanteur, les tiraillements dans les reins et dans les aines, et quelquefois un peu de sensibilité à l'hypogastre.

La douleur péritonéale occupe surtout les fosses iliaques, d'où elle s'irradie dans tout le ventre. La pression la ravive ou la fait naître; mais son intensité est peu variable. Quelquefois elle ressemble tout à fait à celle de la métrite.

D'autres fois, au contraire, intense, pongitive, elle rappelle quelques-uns des traits de la péritonite générale. Elle s'accompagne de ballonnement du ventre, de nausées et même de vomissements; mais il est rare que tous ces symptômes atteignent une grande intensité, et la bénignité est en vérité l'apanage de cette variété de la pelvi-péritonite. Au bout de quelques jours les accidents s'amendent, et la maladie reprend sa marche lente, subaiguë, *latente*, comme on l'a appelée.

Mais la douleur persiste, vive à la pression et dans certaines positions qui tiraillent les régions malades ; puis il reste pendant longtemps des douleurs d'irradiation, vraies névralgies iléo-lombaires et sciatiques, qui peuvent prendre dans quelques cas une grande intensité.

Les troubles de la menstruation sont assez importants. Quand la maladie débute pendant une époque menstruelle, l'écoulement sanguin est modifié, tantôt exagéré, plus souvent au contraire diminué, souvent aussi il est changé en un véritable suintement qui peut se prolonger plus longtemps que la durée habituelle des règles.

Dans la période chronique de la maladie, les règles sont souvent difficiles, douloureuses et irrégulières.

La réaction, au début, est ordinairement modérée. La fièvre tombe rapidement. Du côté du tube digestif, on observe un peu d'inappétence, de la constipation, plus rarement de la diarrhée. Il y a quelquefois du ténesme rectal et vésical dû à la péritonite.

Le toucher vaginal fournit des renseignements d'autant plus précieux que, dans certains cas, les phénomènes réactionnels n'ont rien de spécial. Dès les premiers jours, on trouve dans les culs-de-sacs latéraux ou postérieurs une douleur plus ou moins vive, plus ou moins limitée, provoquée par la pression du doigt ou par les mouvements imprimés à l'utérus.

Au bout d'un temps variable, mais assez court, l'exploration, moins pénible pour la malade, permet de constater une tuméfaction dans les points douloureux. Cette tuméfaction, plus ou moins nette au début, immobilise en partie l'utérus. Bientôt la tumeur s'accuse davantage, d'un volume et d'une forme très variables,

arrondie ou allongée. Elle occupe les parties latérales de l'utérus. envahit le cul-de-sac postérieur, plus rarement l'antérieur, et quand il en existe un de chaque côté, elles peuvent se réunir en arrière, englobant ainsi l'utérus dans une sorte de gangue inflammatoire.

Adhérente dès le commencement au corps de l'organe, la tumeur en est séparée par un sillon plus ou moins marqué; plus tard, cette adhésion disparaît, elle s'isole, et souvent n'est plus sentie que sous la forme d'un petit corps arrondi, isolé et mobile, que l'on considère généralement comme l'ovaire engorgé et déplacé.

A l'existence de cette tumeur se rattachent divers déplacements de l'utérus, selon le siége qu'elle occupe relativement à lui, et selon qu'elle fait basculer le corps ou le col.

Le spéculum apprend peu de chose, il permet seulement de constater la blennorrhagie primordiale, les lésions du col et les traces de la métrite.

Marche, Durée, Terminaisons. — Cette complication surgit habituellement dans les semaines qui suivent l'infection, et souvent à l'occasion de la menstruation. Elle prend rapidement une marche subaiguë, et quelquefois même d'emblée, la forme latente.

Le retour à l'état aigu n'est pas rare sous l'influence de toutes les causes capables de réveiller l'inflammation et en particulier de la menstruation, chaque retour de cette fonction étant l'occasion d'une exacerbation des accidents. La résolution est la terminaison habituelle, mais au bout d'un temps assez long et après des rechutes quelquefois nombreuses.

La suppuration est un phénomène rare. On voit alors tous les signes de la péritonite purulente enkystée, l'amaigrissement, la fièvre hectique. La poche peut se vider dans un des organes voisins, l'utérus (Vidal), le vagin, le tube digestif, et le rectum en particulier.

De plus, il peut rester des adhérences et consécutivement l'oblitération des trompes qu'on a supposé être la cause de la stérilité si fréquente chez les prostituées.

Pronostic. — L'ovarite menace rarement la vie des malades. On ne peut toutefois affirmer que la rupture de kystes purulents, cause relativement fréquente de péritonite mortelle, ne soit jamais consécutive à une pelvi-péritonite blennorrhagique.

Mais, quelque bénigne que soit l'affection, elle est ordinairement de longue durée ; la guérison est précédée de nombreuses rechutes. Les femmes, une fois atteintes, restent longtemps sous le coup de la récidive. La menstruation est souvent difficile ; toutes les causes

d'inflammation utérine, fatigue, excès de tous genres, trouvent un terrain tout préparé à leur action.

Diagnostic. — Il se compose ici de deux parties : la constatation d'une inflammation pelvienne, la connaissance de sa cause.

La première ne diffère pas notablement du diagnostic de la pelvi-péritonite en général. La douleur abdominale peut être peu intense et ne pas attirer l'attention. Il faut se défier de ces cas insidieux, et c'est aux signes fournis par le toucher qu'il appartient de trancher la question ; car la douleur dans l'extension du membre abdominal (Ricord) correspondant est un signe de peu de valeur.

Le siége de la douleur et de la tumeur qui apparaît bientôt fera repousser l'idée d'une métrite simple où la douleur est localisée à l'utérus et où il n'y a pas de tumeur latérale. La métrite coïncide souvent avec la pelvi-péritonite qu'elle précède presque toujours, mais qui peut cependant manquer.

Le phlegmon du ligament large se distingue d'abord par ses conditions pathogéniques. Il ne se montre guère que dans des cas déterminés, tels que l'état puerpéral, la terminaison des fièvres graves. De plus, la tumeur a de la tendance à s'élever dans les fosses iliaques, à l'hypogastre. Dans la pelvi-péritonite, au contraire, la tumeur a son siége dans le petit bassin ; elle entoure l'utérus, et, quel que soit son développement, il est rare qu'on la sente nettement au palper hypogastrique.

La pelvi-péritonite blennorrhagique n'a aucun caractère spécial. Le diagnostic se fait par le mode d'invasion, dans le courant et surtout après les deux ou trois premiers septénaires de la blennorrhagie. Il en est de même de toutes les complications que nous avons étudiées jusqu'ici, qui n'ont rien de pathognomonique, et ne peuvent être diagnostiquées que sur des signes rationnels, le plus souvent, il est vrai, faciles à apprécier.

Mais s'il y a d'autres causes possibles que l'infection, si celle-ci n'est pas très nette, s'il existait un catarrhe utérin ou de la dysménorrhée antérieure, s'il y a, en un mot, des causes suffisantes à produire seules la maladie, on doit rester, dans le doute sur l'appréciation de la cause ou des causes souvent multiples de la maladie intercurrente, et c'est à mon sens ce que n'ont pas assez fait les auteurs qui regardent comme si fréquente cette complication péritonéale de la blennorrhagie.

Traitement. — Pendant la période aiguë, on doit avoir recours à la médication antiphlogistique dont l'énergie est proportionnée à l'intensité des symptômes.

S'il y a une vive réaction et des signes de péritonite, on devra recourir aux sangsues, appliquées sur le ventre. Lorsque les phé-

nomènes semblent bien limités aux annexes de l'utérus, c'est sur le col qu'on a proposé de les appliquer; mais même, dans ce cas, je ne suis pas partisan de ce moyen, auquel je préfère, surtout si la malade est forte et vigoureuse, la saignée au bras.

Viennent ensuite la série des médicaments émollients, les grands bains prolongés, les cataplasmes en permanence sur le ventre et surtout les onctions d'onguent napolitain.

Le repos au lit est de rigueur pendant toute la durée des accidents inflammatoires. S'ils sont intenses au début, on différera toute exploration pouvant exciter les organes génitaux.

La constipation sera combattue par des lavements et des laxatifs doux.

Un moyen excellent et qui active singulièrement les phénomènes de résorption, c'est l'emploi des vésicatoires volants sur la fosse iliaque.

Lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu et que la maladie a pris une marche franchement subaiguë, on aura recours aux frictions résolutives sur le ventre et les cuisses. Les bains frais ou froids, les douches lombaires et hypogastriques, le traitement thermo-minéral et les sulfureux surtout sont de puissants auxiliaires. Tous ces moyens doivent être proportionnés à la susceptibilité du sujet.

Quand toute inflammation a disparu, il faut se relâcher de la rigueur du traitement; le repos absolu doit être remplacé par un exercice modéré, et les organes doivent reprendre, graduellement et avec prudence, leurs fonctions physiologiques. On se préoccupe souvent trop de ces petits noyaux indolents, qui n'ont bientôt plus aucune tendance à se résoudre ; aussi, que l'induration reste ou disparaisse, la malade peut se considérer comme guérie.

Uréthrite. — L'uréthrite est la plus rare des inflammations blennorrhagiques de la femme. Sur un relevé fait pendant une certaine période de temps, à l'hôpital de Lourcine, de malades entrées dans mes salles avec des écoulements aigus, l'uréthrite ne figure que pour un cinquième. Elle peut exister seule, ce qui est rare, et résulter du contact direct au méat urinaire du pus blennorrhagique venant de l'homme. Elle peut se développer en même temps que la vaginite et la vulvite, ou bien encore elle est consécutive à celles-ci ; mais je suppose que, dans ces derniers cas, elle a été mal observée et que le début est de la même date, avec cette circonstance que les symptômes du côté de la vulve et du vagin ont d'abord prédominé et ont pu masquer l'inflammation et l'écoulement du canal de l'urèthre.

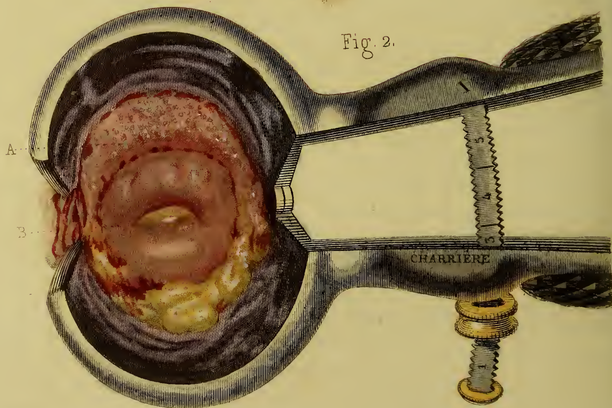
On se rend facilement compte de la rareté relative de l'uré-

Pl. 14

Fig. 1.

B

Fig. 2.



E MEQUIGNON-MARVIS EDITEUR
PARIS.

PLANCHE XV.

URÉTHRITE ET VAGINITE GRANULEUSES.

FIG. 1. — *Uréthrite purulente aiguë.*

La pression du doigt fait saillir à l'orifice uréthral enflammé et rouge une goutte de pus jaune verdâtre, A. On voit des granulations nombreuses, B, à l'entrée du vagin.

FIG. 2. — *Vaginite subaiguë offrant encore de petites granulations sur la paroi antérieure du vagin*, A.

La paroi postérieure est recouverte d'une couche de muco-pus. Le col de l'utérus est sain, B.

thrite, si l'on considère que, pendant le coït, le contact du pénis a lieu presque uniquement avec la vulve et le vagin, et que l'urèthre restant, pour ainsi dire, à l'abri de la contagion, ses chances d'infection sont moindres.

J'ai dit, à l'occasion de la vulvite et de la vaginite, qu'il y avait, en dehors du coït, plusieurs causes capables de les déterminer, telles surtout que les contusions, que l'abus du rapprochement des sexes, que la masturbation, que certains états diathésiques. Toutes ces causes sont alors évidentes, et, sans être communes, elles se rencontrent encore quelquefois ; mais l'uréthrite de la femme ne reconnaît qu'une seule cause : la contagion. Cela est tellement vrai que, chez les petites filles, qui, à l'époque de la dentition, par exemple, ou sous l'influence de vers intestinaux, ont des écoulements par les organes génitaux, jamais chez elles on ne voit un pareil écoulement avoir lieu par le canal urinaire. Jamais non plus on ne voit l'urèthre pris d'inflammation dans le cas de vaginite ou de vulvite traumatiques, tandis qu'au contraire toutes les fois que l'on constate une véritable uréthrite, on arrive à savoir qu'il y a eu un contact infectant, et cela, que l'hymen ait été détruit depuis longtemps ou qu'il soit encore intact, comme j'en ai eu quelques exemples.

M. Ricord est aussi absolu que moi sur l'étiologie de l'uréthrite, et quand il l'a rencontré, il ne met pas en doute qu'elle soit le produit d'une contagion blennorrhagique.

Il est souvent difficile de savoir au juste quelle est la cause d'une vulvite et d'une vaginite même très intenses, et on peut hésiter devant l'affirmation des femmes qui prétendent n'avoir eu aucun rapport sexuel compromettant ; mais, lorsque l'une ou l'autre est compliquée d'uréthrite, il n'y a plus moyen d'en méconnaître l'origine.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'uréthrite est simple. La malade éprouve des titillations à la partie supérieure de la vulve, puis bientôt des douleurs vives. Mais le caractère le plus important, c'est que ces douleurs se manifestent pendant la miction, et surtout à la fin, comme chez l'homme, et si toute l'étendue du canal est envahie jusqu'à la vessie, il y a du ténesme absolument comme chez celui-ci ; de là les envies fréquentes d'uriner qui tourmentent les malades, pour peu que la vessie participe à l'inflammation.

Les douleurs déterminées par le passage de l'urine à travers l'urèthre ressemblent à celles de la vulvite, lorsque quelques gouttes d'urine s'épanchent sur la muqueuse vulvaire enflammée ou excoriée, et c'est cette sensation pénible qui souvent a fait croire à l'existence d'une uréthrite, alors que le canal était sain. On peut

arriver à un diagnostic exact en introduisant une sonde un peu grosse dans le premier tiers seulement de l'urèthre, de façon à empêcher absolument le liquide de toucher la muqueuse extérieure. Si la douleur de la miction a lieu malgré cette précaution, on sait positivement à quoi s'en tenir. C'est là un moyen auquel on est rarement dans la nécessité d'avoir recours, la présence de l'écoulement qu'on voit sourdre du canal lève tous les doutes.

L'écoulement, d'abord blanchâtre et muqueux, offre bientôt toutes les nuances signalées pour celui de la vaginite. Comme dans celle-ci, il est parfois sanguinolent.

Pour bien voir d'où il part, il faut essuyer la vulve, et par une pression digitale légère, exercée d'arrière en avant sur la paroi antérieure du vagin et suivant le trajet de l'urèthre, on fait sortir quelques gouttes de muco-pus.

Ainsi, douleur en urinant et écoulement par le méat, tels sont les deux signes diagnostiques de l'uréthrite.

La marche de cette affection est rapide, et il est bien rare que le canal ne soit pas déjà pris dans toute sa longueur, lorsqu'on est appelé à la constater.

Quant à sa durée, elle peut être assez longue, mais elle l'est toujours infiniment moins que celle de la vaginite, et la maladie a beaucoup moins de tendance à passer à la chronicité, ce qui tient à ce que le traitement interne par les mêmes antiblennorrhagiques que chez l'homme a une véritable action sur l'uréthrite, tandis qu'ils n'ont aucune vertu contre les autres écoulements de la femme; ce qui tient aussi à ce que, eu égard au peu d'étendue de la muqueuse uréthrale, la médication locale peut y être appliquée plus exactement.

Le pronostic de la blennorrhagie uréthrale de la femme n'a donc pas la même gravité que celui de l'inflammation vulvaire ou vaginale. Avec l'uréthrite il n'y a pas de complications à craindre; tout au plus, dans quelques cas excessivement rares, la voit-on déterminer de la cystite, et encore celle-ci est-elle en général très légère, et je ne connais pas un seul fait où l'inflammation se soit propagée au delà du réservoir urinaire, tandis que c'est avec la vulvite ou la vaginite que l'on observe des complications de voisinage ou d'extension inflammatoire, qui ont beaucoup d'analogie avec les accidents de la blennorrhagie de l'homme. Ainsi les abcès de la glande de Bartholin répondent à ceux de la glande de Cowper, ceux des follicules de la vulve sont semblables à ceux du canal de l'urèthre; la métrite est bien aussi fréquente que la cystite chez l'homme, et l'ovarite a bien des points de ressemblance avec l'orchite.

La seule considération qui peut donner plus d'importance au pronostic de l'uréthrite de la femme et ce qui la rapproche de celle de l'homme, c'est qu'elle expose à une complication qu'on ne rencontre pas avec la vaginite, je veux parler de l'arthropathie blennorrhagique. Si je dois en juger par les quelques faits qui m'ont passé sous les yeux, il faut, pour que cet accident ait lieu chez la femme, que l'urèthre soit pris. C'est ce qui avait lieu dans les cas que j'ai été à même de bien constater, tandis que, dans le très grand nombre de vaginites que j'ai observées, je n'ai jamais vu la complication de l'inflammation articulaire.

Traitement. — J'ai dit les raisons pour lesquelles je ne suis pas partisan du traitement abortif de la vaginite ; mais, comme ici les conditions d'étendue de la surface malade ne sont plus les mêmes, j'ai beaucoup plus de foi dans ce moyen qui m'a rendu de grands services. En effet, toutes les parois de l'urèthre de la femme pouvant être sûrement touchées par un caustique énergique, on conçoit que le traitement abortif ou perturbateur réussisse à arrêter l'inflammation.

Pour être bien sûr que la cautérisation porte sur toute la muqueuse, on doit commencer par promener le doigt introduit dans le vagin sur toute la longueur de l'urèthre, afin de bien exprimer le muco-pus qu'il contient ; puis on introduit le crayon de nitrate d'argent, ayant soin de le choisir assez gros pour qu'il puisse bien distendre la membrane muqueuse et effacer ses plis naturels, et on le promène lentement dans toute l'étendue du canal, en le lui faisant parcourir deux ou trois fois.

Cette cautérisation détermine souvent de très violentes douleurs qui durent de douze à vingt-quatre heures ; mais, chose remarquable, quelle que soit l'irritation produite par le caustique, on ne voit jamais de rétention, même momentanée, de l'urine. Si les malades, à la suite de cette opération, restent en général le plus longtemps possible sans satisfaire au besoin d'uriner, ce n'est pas parce qu'il y a impossibilité de leur part, mais seulement parce qu'elles redoutent la cuisson qui va suivre.

Pour que la cautérisation produise l'effet qu'on en attend, il faut qu'il y ait escharification de toute l'étendue du canal, et on doit toujours chercher à la faire égale partout.

Le troisième ou le quatrième jour après cette cautérisation, si l'on promène le doigt d'arrière en avant sur le trajet du canal, on fait quelquefois sortir tout d'une pièce une membrane grise qui se détache de ces parois ; il n'est même pas rare qu'elle en présente la forme et l'étendue. En entr'ouvrant le plus largement possible le méat urinaire, on voit alors que la muqueuse uréthrale

est d'un rouge plus vif que dans l'état sain ; mais il n'est pas rare qu'à la chute de l'eschare, il y ait déjà au-dessous d'elle une nouvelle sécrétion purulente. Il faut alors faire une seconde introduction du crayon, mais cette fois passer plus rapidement; aussi l'escharification est-elle moins profonde.

Quelquefois deux cautérisations ont suffi pour supprimer tout écoulement, d'autres fois il a fallu y revenir à plusieurs reprises; mais en général, quand on les fait à des intervalles très rapprochés et d'une manière un peu énergique, trois ou quatre au plus sont suffisantes.

A l'appui de ces assertions, voici quelques observations qui seront plus concluantes.

Obs. I. — Clémence J..., blanchisseuse, vingt-cinq ans, entrée à Lourcine, salle Saint-Bruno, le 9 septembre 1843. Cette malade, habituellement bien portante, bien réglée, a depuis huit jours un écoulement jaunâtre, et éprouve de vives souffrances pendant et après l'émission des urines. Je constate ce jour-là même une uréthrite bien caractérisée ; elle prend un bain, et, pendant deux jours, elle fait des injections et des lotions émollientes. Le surlendemain, la pression exercée avec le doigt, d'arrière en avant, fait sortir de l'urèthre un muco-pus en assez grand abondance. Le vagin et le col de l'utérus sont parfaitement sains. J'introduis le crayon de nitrate d'argent dans le canal, et je l'y promène lentement pendant huit à dix secondes. Cette cautérisation détermina de vives douleurs, qui durèrent toute la journée et qui augmentaient pendant l'émission des urines. Deux jours après, l'eschare ne me paraissant pas bien formée, je fis une nouvelle cautérisation, et je la répétai une troisième fois le surlendemain ; les douleurs, après ces petites opérations, furent toujours très fortes ; cependant il n'y eut pas d'écoulement de sang.

Le 16, les règles parurent, et la malade ne fut plus examinée que le 20. Ce jour-là, je constate encore un peu d'écoulement par l'urèthre, et je pratique une nouvelle cautérisation sans que la malade accuse de grandes douleurs. Je prescris en même temps des bols composés de copahu et de cubèbe, 50 centigrammes de chaque, et elle en prend six par jour.

Le 22, il n'y a pas de traces de l'écoulement.

Le 25, l'urèthre, dégagé des eschares, paraît tout à fait sain ; il n'y a plus de douleur en urinant.

Le 27, nouvel examen qui fait voir que la guérison se maintient. La malade quitte l'hôpital.

Cette observation pourrait laisser quelques doutes dans l'esprit quant à l'efficacité réelle de la cautérisation dans le traitement de l'uréthrite, puisque j'ai employé concurremment les balsamiques ; mais en voici une seconde qui les dissipera, car dans celle-ci je me suis servi exclusivement du caustique.

Obs. II. — Marie N..., quarante-cinq ans, marchande. Cette femme, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais eu de maladies vénériennes. Elle entre à l'hôpital de Lourcine, le 27 juillet, et il est facile de voir un écoulement de muco-pus provenant de l'urèthre et qu'on fait sourdre au méat urinaire par gouttes d'un blanc jaunâtre, en comprimant l'urèthre d'arrière en avant, à l'aide du doigt introduit dans le vagin. L'orifice du canal est rouge et tuméfié. La vulve, le vagin et le col de l'utérus sont entièrement sains. Il y a des douleurs vives en urinant, et le besoin d'uriner se fait sentir très souvent. La malade nous apprend alors qu'il y a une quinzaine de jours son mari contracta une blennorrhagie, et quelques jours après il eut des rapports avec elle, et c'est trois ou quatre jours après qu'elle a commencé à ressentir des douleurs vives dans l'urèthre quand elle urinait et qu'elle vit les premières taches sur son linge,

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, je fais ma première cautérisation du canal de l'urèthre au moyen du crayon caustique ; les douleurs qui s'ensuivent sont très violentes et persistent vingt-quatre heures, au bout desquelles les règles surviennent. Elles ne durent que deux jours suivant l'habitude de la malade.

Le 1er août, nouvelle cautérisation encore suivie de douleurs assez grandes, quoique un peu moins violentes que la première fois.

Le 3, on voit très bien l'eschare du canal ; elle est encore très adhérente, la pression ne la détache pas, il n'y a pas d'écoulement.

Le 5, l'eschare s'en va par lambeaux, il sort quelques gouttes de muco-pus ; nouvelle cautérisation.

Le 8, il n'y a plus d'écoulement, mais il y a toujours de l'ardeur au passage de l'urine. Je prescris des lotions alumineuses.

Le 14 et jours suivants, les douleurs se calment de plus en plus.

Le 23, la malade, parfaitement guérie, sort de l'hôpital. Revue quelque temps après par l'interne du service, elle assure que rien n'a reparu.

Ainsi donc, voilà deux observations d'uréthrite bien franches et

bien isolées, et dans lesquelles le traitement par la cautérisation a eu des résultats immédiats. Je pourrais en citer d'autres, si elles ne me paraissaient pas suffisamment convaincantes. J'ajouterai seulement que dans des cas où l'urèthre était pris isolément, j'ai quelquefois conseillé à mes malades des injections ou des lotions astringentes de la vulve ou du vagin, en même temps que j'appliquais le caustique. Je crois cette précaution indispensable, parce que l'inflammation de l'urèthre n'étant pas arrêtée immédiatement par la première cautérisation, a de la tendance à envahir le reste de la muqueuse génitale, et ces lotions peuvent suffire pour la maintenir dans ses premières limites.

Je n'ai pas tenté la méthode abortive par la cautérisation quand l'urèthre seul était malade, indépendamment des parties environnantes, je l'ai encore essayée quand l'inflammation de ce canal se joignait à des affections chroniques de la vulve, du vagin ou de l'utérus.

Obs. III. — Julie D..., vingt-deux ans, entrée à Lourcine le 11 novembre 1843. Cette malade a depuis trois ans un écoulement assez abondant qui ne la fait nullement souffrir, et avec lequel elle a continué impunément des rapports avec plusieurs hommes sans jamais les rendre malades ; mais, depuis huit jours, son écoulement, sans augmenter beaucoup, a pris une teinte jaunâtre et elle a éprouvé des douleurs cuisantes en urinant. Elle dit que quelques jours avant l'apparition de ces douleurs, elle a eu commerce avec un individu affecté lui-même d'une blennorrhagie. Je constate, par l'examen au spéculum, une vaginite granuleuse qui paraît exister depuis longtemps déjà, et une ulcération superficielle du col utérin légèrement engorgé, et le siége aussi de quelques granulations non ulcérées. En examinant attentivement l'urèthre, et en promenant le doigt sur toute son étendue, je fais sourdre du muco-pus en assez grande abondance. Craignant de m'en laisser imposer par la sécrétion vaginale, très abondante elle-même, quoique d'une autre nature, je recommençai l'examen le lendemain, et il me resta bien démontré que cette femme avait une uréthrite aiguë bien distincte de l'affection qu'elle portait depuis trois mois. Je fis à cette malade successivement, à quelques jours d'intervalle, trois cautérisations du canal avec le nitrate d'argent solide; je déterminai de vives douleurs, surtout la première et la dernière fois ; et, quinze jours après son entrée dans mes salles, il n'y avait plus de cuisson pendant l'émission de l'urine, l'écoulement uréthral était entièrement tari.

Je traitai ensuite la vaginite granuleuse et l'ulcération du col

par les moyens que je mets ordinairement en usage; mais la guérison se fit longtemps attendre, car la malade ne sortit de l'hôpital que trois mois après.

Les résultats heureux que j'ai obtenus, disais-je dans le mémoire d'où j'extrais ces observations, du traitement abortif de l'uréthrite aiguë, alors même qu'elle vient compliquer une phlegmasie chronique des parties génitales, m'ont engagé à mettre ce traitement en usage dans les cas beaucoup plus fréquents d'uréthro-vaginite; mais j'ai toujours vu alors l'inflammation et l'écoulement de l'urèthre, modifiés momentanément par le caustique, reparaître après la chute des eschares, quoique la cautérisation fût faite à plusieurs reprises. Mais toutes les fois que l'inflammation aiguë est bornée à l'urèthre, il est indiqué de la combattre comme je le conseille, surtout si l'on ne perd pas de vue cette circonstance qu'il n'est pas très rare de voir des femmes affectées de phlegmasie aiguë de la vulve, du vagin ou du col utérin, ne rien communiquer par le coït, tandis que je ne connais point de cas dans lequel l'uréthrite n'a pas été contagieuse; résultant toujours, chez la femme qui en a été atteinte, du rapprochement avec un individu affecté lui-même de blennorrhagie aiguë, ce symptôme donne toujours lieu par le contact immédiat à la blennorrhagie. Aussi le traitement au début par la cautérisation n'est plus seulement avantageux comme abortif, il tient encore essentiellement à la prophylaxie.

Il n'a pas, du reste, les mêmes inconvénients que chez l'homme où il détermine quelquefois des inflammations épouvantables, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les douleurs occasionnées par le caustique sont toujours assez vives, et que, même dans certains cas que j'ai observés, ces douleurs ont persisté fort longtemps après la disparition de l'écoulement.

Toutefois, si ce traitement répugne trop aux malades, et s'il faut renoncer à la méthode abortive, on a encore à sa disposition un excellent moyen, je veux parler des antiblennorrhagiques à l'intérieur, le cubèbe ou le copahu, que j'emploie souvent concurremment avec la cautérisation. Ici, comme chez l'homme, la modification qu'ils impriment à l'urine se fait sentir d'une manière très heureuse sur toute l'étendue de la muqueuse uréthrale.

Quant aux injections dans l'urèthre, qui ont été d'un si grand secours contre la blennorrhagie de l'homme, elles sont tout à fait impossibles, chez la femme, à cause de la brièveté du canal urinaire qui laisserait passer en entier dans la vessie le liquide modi-

ficateur, et ne pourrait pas, par conséquent, en subir d'une manière fructueuse la bonne influence.

Je pressens que cette proposition peut ne pas paraître parfaitement exacte, puisque c'est le passage à travers l'urèthre de l'urine modifiée par les balsamiques qui amène, chez la femme comme chez l'homme, la guérison de l'uréthrite, ainsi que j'en ai donné la preuve à propos de l'emploi du cubèbe et du copahu dans le traitement de la blennorrhagie. Mais je ferai remarquer qu'il y a une grande différence entre l'influence presque instantanée d'une injection qui ne touche certainement pas toute l'étendue de la muqueuse et la distension prolongée du canal par l'acte de la miction. Ces injections, d'ailleurs, en supposant qu'elles aient de l'action, seraient peu praticables, puisqu'elles ne pourraient pas être faites par les malades elles-mêmes.

Résumé. — Ici se termine l'étude que j'avais à faire sur les affections blennorrhagiques de la femme. On a pu constater, d'après les descriptions que j'en ai données, que l'étiologie, que les symptômes et que la marche sont, à peu de choses près, semblables aux mêmes affections décrites chez l'homme. J'ai dit les motifs qui font que, tandis que chez celui-ci l'uréthrite est toute la maladie, chez la femme c'est principalement dans l'organe de la copulation, le vagin, que se passe la scène inflammatoire. Mais la nature de la phlogose est la même, mais les symptômes sont à peu près identiques. Ne voyons-nous pas ici, comme chez l'homme, des inflammations de voisinage, lymphite, adénite, abcès, des inflammations de continuité, celles du col de l'utérus, du corps même de cet organe et de ses annexes, comme nous voyons les inflammations de la prostate et de l'épididyme, et si chez la femme la cystite est une exception, en revanche, la métrite est commune. Chez l'homme, c'est par les muqueuses en rapport avec l'urèthre que se font les complications, puisque chez lui c'est dans ce canal que gît tout le mal. De même, c'est sur les muqueuses en rapport avec le vagin que se propage l'affection première. On pourrait presque dire que chez l'un c'est plutôt du côté de l'appareil urinaire, et chez l'autre vers l'appareil génital, que les inflammations ont de la tendance à se propager et à s'étendre.

Les accidents dus à la violence inflammatoire locale, la lymphangite, l'adénite, les abcès sont semblables; je pourrais même ajouter l'étranglement et ses conséquences, car, ainsi que je l'ai fait remarquer, il y a dans certaines vulvo-vaginites un état des parties qui se rapproche tout à fait du paraphimosis.

Chez l'homme, l'inflammation des follicules des parois uréthrales n'est pas rare; elle est fréquente aussi chez la femme, et l'analo-

gie la plus grande a lieu entre l'abcès de la glande de Bartholin et celui de la glande de Cowper.

Sans doute les complications générales de la blennorrhagie sont, dans une énorme proportion, plus rares chez la femme; cependant il y en a aussi des exemples : telle est l'ophthalmie blennorrhagique catarrhale ou séreuse; telle est l'arthropathie, et encore j'ai indiqué les raisons pour lesquelles on croit cette dernière moins fréquente qu'elle ne l'est réellement.

Si les symptômes locaux et les accidents de la blennorrhagie aiguë présentent à peu près les mêmes caractères dans les deux sexes, les conséquences n'ont-elles pas aussi entre elles une grande ressemblance? Ne voit-on pas des leucorrhées persister pendant un temps infini après la vaginite, comme on voit des blennorrhées intarissables chez l'homme; et après la guérison d'un écoulement aigu, la névralgie de l'urèthre ou du col de la vessie de l'homme n'a-t-elle pas son analogue dans la même affection nerveuse vaginale ou utérine? Enfin, certaines coarctations du vagin, rares à la vérité, mais que tout le monde a pu constater, ne sont-elles pas la suite de l'inflammation de ce conduit, comme les rétrécissements du canal de l'urèthre sont la suite de l'uréthrite?

Je ferai remarquer encore que le traitement est, en définitive, le même à peu près dans la blennorrhagie des deux sexes. Ainsi, après les antiphlogistiques, l'action des balsamiques est identique dans l'uréthrite féminine et dans celle de l'homme, et les injections que l'on emploie chez celui-ci sont les mêmes, sur une surface d'une moindre étendue et avec moins de précision seulement, que les injections, les isolants et les cautérisations auxquels on a recours dans la vulvite, la vulvo-vaginite et dans quelques cas de métrite.

CHAPITRE III.

DES VÉGÉTATIONS.

Les végétations sont des tumeurs irrégulières, très vasculaires, qui se développent aux dépens des couches superficielles du derme cutané et muqueux. Leur nom seul en donne une idée plus exacte que toute définition.

Leur fréquence dans la région génitale, le grand développement qu'elles y acquièrent, les ont fait considérer longtemps comme une forme des accidents de la syphilis. A notre époque encore, des auteurs distingués professent cette opinion. Mais si la vérole peut être rangée parmi les causes des végétations, elle agit d'une manière indirecte, et nullement en vertu de sa nature spécifique. Ces accidents se rattachent à un groupe morbide essentiellement distinct des diathèses virulentes.

Les végétations offrent une surface irrégulière, très rarement lisse : le plus souvent elles sont fendillées, plus ou moins profondément lobulées ; chacune des parties qui constituent la tumeur semble s'insérer sur un pédicule, la saillie l'emporte sur la largeur de la base d'implantation. Leur développement est rapide, et peu de temps après le début elles prennent les caractères indiqués. Elles sont très vasculaires, et présentent une couleur rouge intense, mais à des degrés différents.

Le plus souvent multiples et même confluentes, elles sont susceptibles d'un développement considérable ; leur aspect est très variable, et par un abus de nomenclature, à chaque variété on a donné un nom différent, qui souvent même ne désigne qu'une période et non une forme spéciale.

Dans sa forme la plus simple, la végétation est une petite saillie hémisphérique, à surface irrégulière, mamelonnée ou fendillée, plus dure que les tissus sous-jacents, si ceux-ci ont conservé leur souplesse normale. Cette forme est habituellement le début des autres, qu'elles se développent sur des tissus intacts ou ulcérés préalablement. C'est la forme dite miliaire ou granuliforme.

Sous une autre apparence appelée *poireau*, la saillie est plus considérable ; quelquefois la base se rétrécit en pédicule qui supporte une extrémité élargie, à surface irrégulière, fendillée. D'autres fois cette surface, lisse, arrondie, présente un ombilic déprimé. Nous reviendrons sur ce point.

PLANCHE XVI.

VÉGÉTATIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

Fig. 1. — Végétations du gland, de la couronne, A, du frein, B, et des deux faces du prépuce.

Fig. 2. — Masses de végétations, A, dans le sillon balano-préputial. B, sur le gland. C, végétations miliaires au voisinage du méat.

Fig. 3. — A, végétations en forme de mûre sur la lèvre droite du méat, la débordant. B, végétations granuliformes, un peu aplaties, sur la lèvre gauche. C, végétations sur la face interne du prépuce.

Pl. 16

Fig. 1

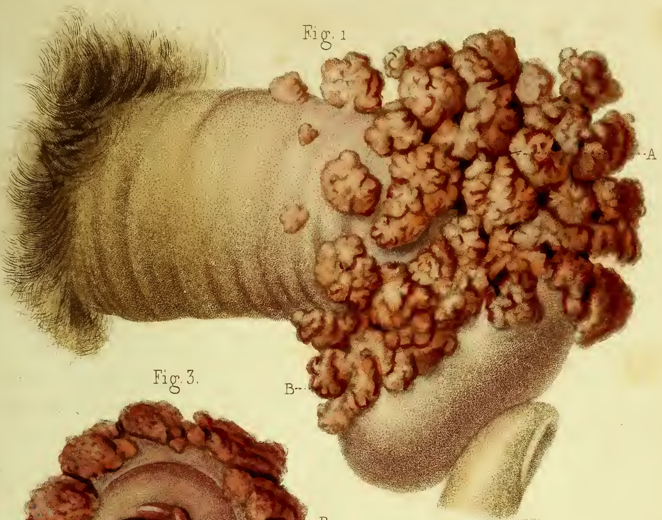


Fig. 3.

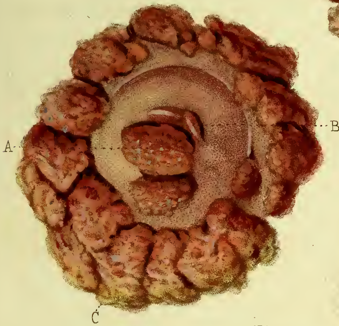
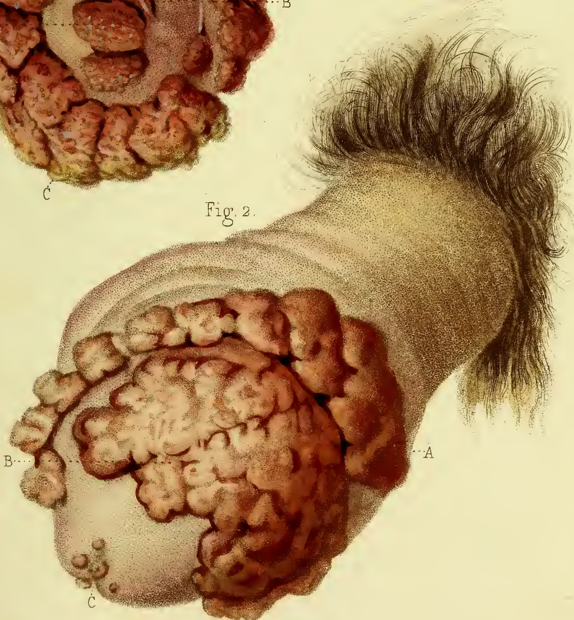


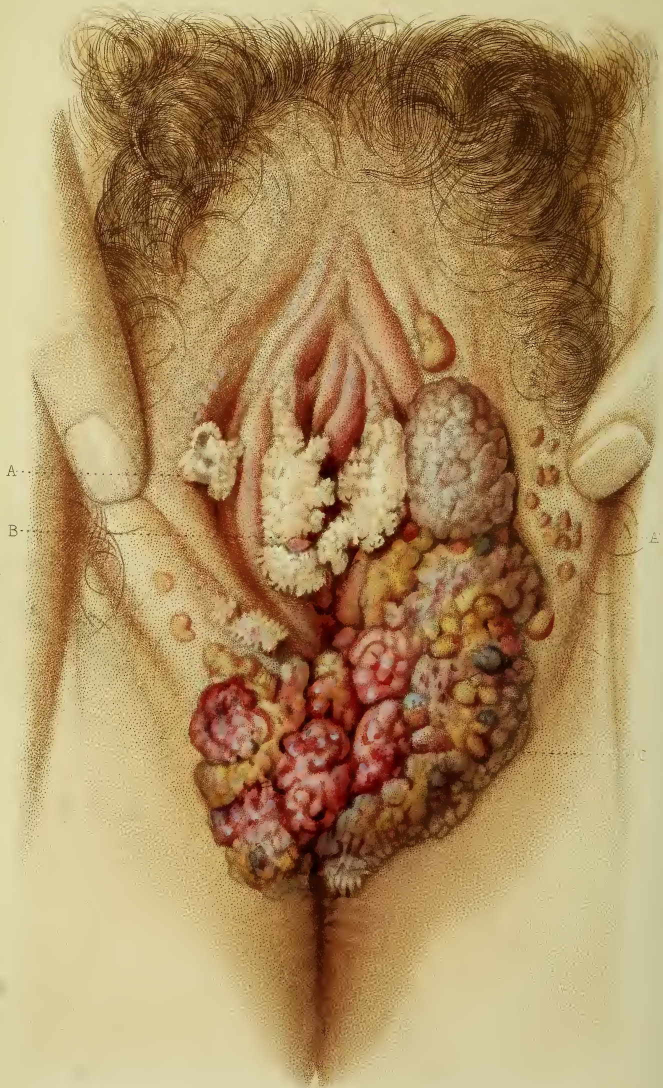
Fig. 2.



Oudet sc

E MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros



MEQUIGNON MARVIS EDITEUR
PARIS

PLANCHE XVII.

VÉGÉTATIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Végétations occupant le pli inter labial, A, les petites lèvres, B, une partie de la grande lèvre, le périnée, la moitié antérieure de la région anale et la partie interne des fesses, C. — En A', on voit des végétations verrucoïdes, sur le bord libre de la grande lèvre gauche. — Il y en a une analogue, plus volumineuse, à la partie supérieure de la vulve, à gauche ; et enfin deux sur la grande lèvre droite. — Ces végétations, sauf les inférieures, sont sèches et peu vasculaires.

Cette même variété peut encore présenter la forme conique. C'est à la base de la langue que de préférence elle se rencontre, soit d'emblée, ou par le progrès ultérieur de l'affection.

Les végétations offrent, dans d'autres cas, une apparence moins simple. La saillie est plus considérable ; la surface présente, non plus seulement des stries, mais des scissures profondes, qui, allant jusqu'au pédicule, divisent la masse en lobules distincts. Le sommet élargi, exubérant, est d'un rouge intense. Chaque petite tumeur est pédiculée, et, prise isolément, rappelle par sa forme le *chou-fleur*, dont on lui a donné le nom. Il en est ainsi quand le développement se fait librement.

Si au contraire la végétation se développe dans un sillon profond, elle s'aplatit sous la compression latérale, s'allonge dans le sens opposé, et prend la forme et l'apparence de la *crête de coq*.

Le pédicule est-il plus large, la surface simplement mamelonnée, c'est alors la *fraise*, la *mûre*, la *framboise*, ainsi dénommées, d'après le volume et l'intensité de la coloration due au développement variable de l'élément vasculaire.

Ces végétations peuvent se réunir en groupes, formant ainsi des tumeurs de volume variable, souvent considérable, et qui peut acquérir de grandes proportions.

Les scissures qui segmentent la masse végétante peuvent aller jusqu'à la peau ou à la muqueuse, en formant des sillons dont la surface est saine ou enflammée.

A l'abri du contact de l'air ces masses sont mollasses, très vasculaires. Leur surface sécrète un liquide séreux d'une odeur fétide, qui irrite les parties voisines et contribue à l'extension de la maladie. Autour de ces masses formées par la confluence des tumeurs élémentaires, on trouve d'autres végétations plus ou moins isolées, et à des degrés variables de développement.

La surface des masses végétantes est souvent saignante : si aux causes primitives viennent se joindre la malpropreté, le défaut de traitement, l'affection prend un caractère différent qui peut entraîner à de graves erreurs. La surface de la tumeur s'enflamme et s'excorie sous l'influence irritante des liquides qui se décomposent. L'écoulement sanguinolent prend une odeur forte, repoussante, les tissus ulcérés deviennent fongueux et blafards, saignent au moindre contact ; le malade s'épuise par l'abondance de la suppuration et par un véritable empoisonnement putride. Il peut survenir des phénomènes généraux, un affaiblissement anémique, comme dans les dernières périodes des maladies cancéreuses.

Telle est la marche de l'affection, l'échelle graduée qu'elle peut parcourir. Mais cette description s'applique presque exclusive-

ment aux végétations développées dans la région ano-génitale, où l'abri du contact de l'air et l'humidité constante des surfaces constituent des conditions toutes particulières.

A mesure qu'elle s'éloigne de son siége habituel, la végétation perd ces caractères typiques. Sur la peau, à une certaine distance des orifices muqueux, son développement est moins rapide, moins considérable ; elle reste presque indéfiniment sous une des formes primitives les plus simples. Le nombre de ces végétations est variable, mais elles sont moins confluentes que dans le premier cas. Elles revêtent alors la forme dite verrucoïde (Melchior Robert) ; arrondies, sessiles ou à court pédicule, sèches et fendillées, peu rouges ou même pâles, elles ressemblent beaucoup aux verrues ordinaires, et cette ressemblance est vraie, non-seulement pour l'apparence, mais aussi pour la structure.

On a décrit comme appartenant à cette même variété de végétations ces petites tumeurs sessiles ou pédiculées, arrondies, lisses, à surface brillante et même nacrée, ombiliquées, qui se développent si fréquemment dans le voisinage des organes génitaux, chez la femme surtout.

Cette curieuse affection, qui ressemble beaucoup aux verrues et à certaines végétations, a été décrite par M. Huguier sous le nom d'*ecdermoptosis*. Elle est actuellement désignée par quelques auteurs sous le nom d'*acné varioliforme*, et on la fait rentrer dans le genre molluscum. Différente comme structure anatomique des verrues et des végétations, l'acné varioliforme se rattache à ces dernières par plus d'un point de son histoire. Nous en parlerons plus longuement à l'occasion du diagnostic.

La structure histologique des végétations est des plus simples : on y trouve une grande quantité de cellules épithéliales, et un *élément vasculaire* abondant. La proportion de ces éléments et du tissu conjonctif est variable selon les diverses formes et les périodes différentes, mais elle est toujours essentiellement la même que celle des verrues vulgaires, qui sont, ainsi que les végétations, constituées par l'hypertrophie des couches superficielles des téguments. Mais l'altération ne s'arrête pas aux couches les plus superficielles de la peau ; elle pénètre jusqu'à une certaine profondeur, puis se continue insensiblement avec les tissus sains.

La production varioliforme est constituée par le développement hypertrophique des follicules sébacés superficiels (Huguier). Grâce à l'isolement de la glande, la petite saillie est enkystée et constitue une véritable tumeur fibreuse ou mieux adénoïde de la peau. C'est toujours une hypertrophie cutanée, mais portant sur un élément anatomique distinct.

Début, marche, terminaison. — Les végétations débutent sourdement, sans phénomène réactionnel local ou général. A peine un léger prurit vient attirer l'attention du sujet. La région est envahie peu à peu sans que les fonctions même des organes soient d'abord troublées (verge, vulve, périnée, anus, etc.) ; l'intérieur du canal de l'urèthre fait ici exception, et des phénomènes de dysurie, la douleur surtout, annoncent le début de la végétation en ce point.

L'affection commence le plus souvent sous la forme miliaire, et suit ultérieurement une marche variable, selon les circonstances dans lesquelles elle se trouve,

Sur la peau proprement dite, plus ferme et moins riche en vaisseaux, à l'abri de l'humidité, l'accroissement est peu rapide et arrive difficilement à un volume considérable. Les petites tumeurs sèches, médiocrement vasculaires, conservent l'apparence verrucoïde.

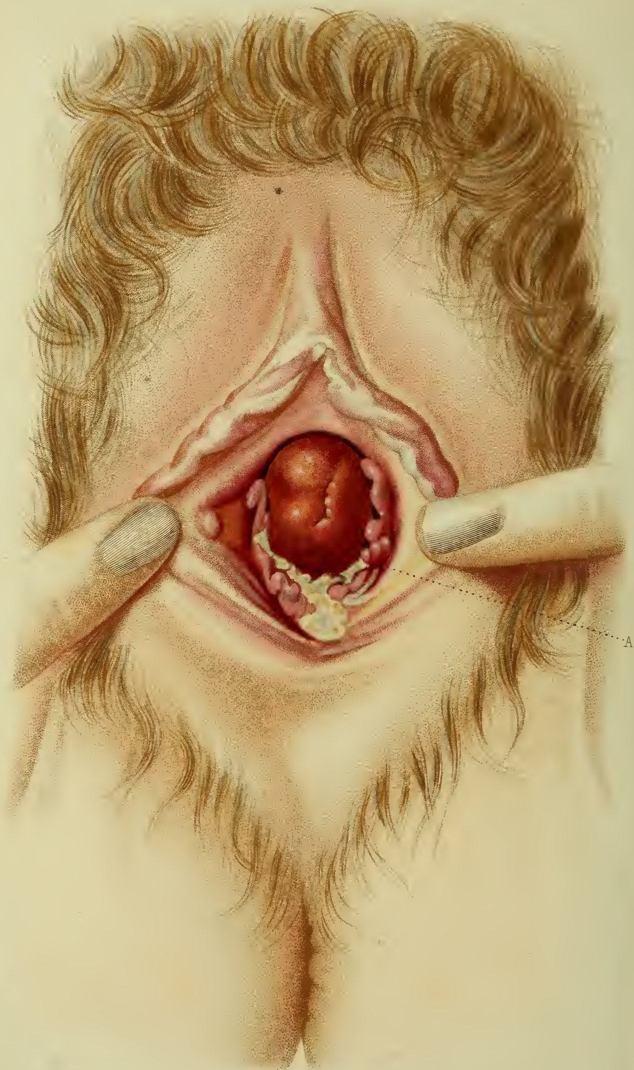
Dans les conditions contraires, les végétations subissent un développement rapide. Elles deviennent bientôt volumineuses, molles, très vasculaires, exubérantes. Elles sécrètent un liquide séreux et d'odeur repoussante, et si les malades négligent les soins d'une minutieuse propreté, elles s'enflamment, s'excorient et deviennent fort douloureuses. Quelquefois même la gangrène s'en empare et les détruit plus ou moins complétement.

Lorsqu'elles atteignent un volume considérable, elles gênent mécaniquement les fonctions, et deviennent pénibles et même douloureuses par les frottements auxquels elles sont exposées.

Dans les deux sexes le coït devient difficile, par le volume que prend la verge ou par l'obstruction du vagin. On a même prétendu que ces énormes masses peuvent devenir un obstacle à l'accouchement. Mais c'est là un fait que certainement personne n'a jamais vu, car toujours alors elles s'aplatissent, s'écartent sous l'influence de la pression du fœtus, et le laissent passer.

Dans les cas de phimosis, les végétations contenues par le prépuce distendent celui-ci ; la dilatation peut devenir considérable ; l'urine s'écoule librement par l'orifice préputial, mais elle baigne les végétations qui laissent suinter un liquide sanieux et infecte. Quelquefois même le prépuce est perforé, et des portions de tissu végétant viennent faire, à travers l'ouverture, une saillie fongueuse.

Le gland peut être plus ou moins recouvert, et quelquefois sa surface disparaît complétement. Il s'atrophie, non-seulement par la pression mécanique qu'il supporte, mais aussi par une sorte d'étiolement au profit du tissu morbide qui semble absorber, pour



...nnedouche sc

E. MEQUIGNON - MARVIS EDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE XVIII.

A, polype (végétation mûriforme) développé dans l'orifice du canal uréthral, et faisant saillie à la vulve, à la manière du col utérin abaissé ; la fissure centrale simule le museau de tanche changé de direction.

Vaginite concomitante.

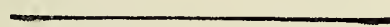
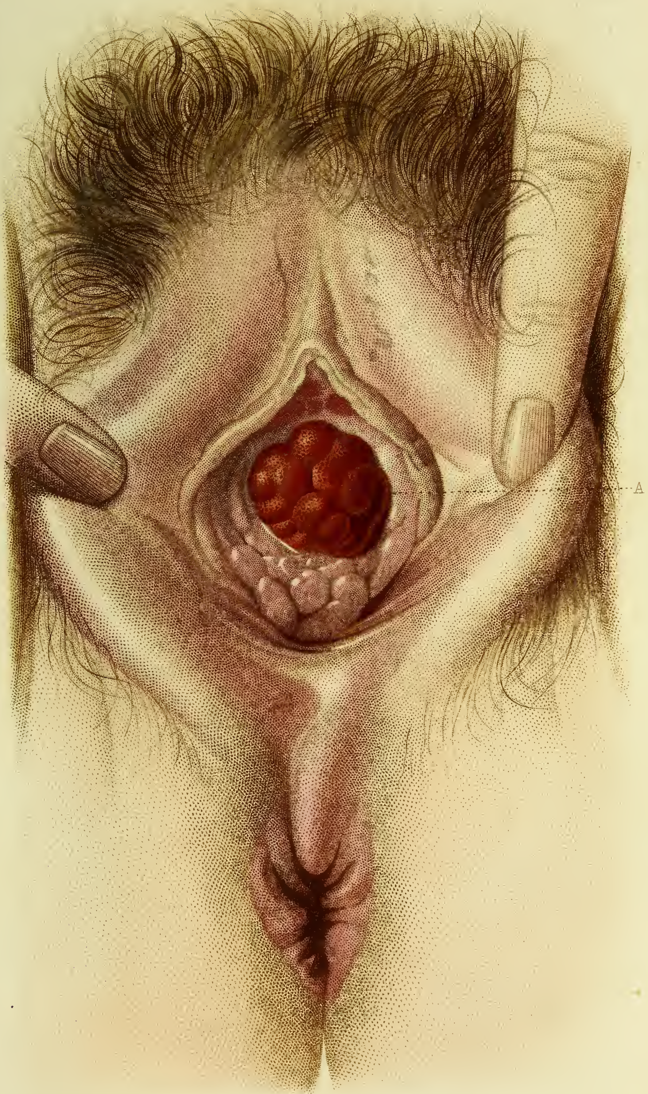


PLANCHE XIX.

A, végétation polypiforme développée dans le canal de l'urèthre, à surface mamelonnée, sans complication inflammatoire.





E. MEQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

son p
ces c
mal p
génér
verg
Virc
L
sem
D
déta
été
tion
(
mo
nai
n'a
me
pl
so
l'o
le
pr
la
su
s
c
l
u

son propre développement, toutes les richesses nutritives. Dans ces cas, si surtout les végétations s'enflamment et s'ulcèrent, le mal prend une apparence de gravité, et l'on peut croire à une dégénérescence. On a même vu des chirurgiens habiles amputer la verge par suite d'erreur de diagnostic (Dieffenbach, cité par Virchow, *Pathologie cellulaire.*)

Les végétations ont une tendance presque indéfinie à l'accroissement, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes.

Dans quelques cas on les voit se flétrir sur place, et même se détacher spontanément par une sorte de dessiccation ; ces faits ont été signalés surtout après l'accouchement, mais ils restent exceptionnels.

On a vu l'inflammation et la gangrène consécutive amener la mortification du tissu épigénique, mais ce n'est pas le cas ordinaire ; de plus, la destruction n'est le plus souvent que partielle et n'atteint pas les parties profondes, l'implantation du pédicule.

Siége. — Les différentes régions du corps sont très inégalement exposées à l'affection qui nous occupe. Nous l'avons déjà dit plusieurs fois, la région génito-anale, dans les deux sexes, possède sous ce rapport un privilége tout particulier.

La surface du gland, celle du prépuce, la peau de la verge, l'orifice vulvaire, les grandes et les petites lèvres, la région anale, les plis fémoro-génitaux, dans les deux sexes, sont le siége de prédilection ; on les trouve aussi quelquefois à la langue, dans le larynx, sur la conjonctive (Vidal). On en a cité quelques cas rares sur le mamelon des nourrices.

Dans les régions indiquées tout d'abord, les végétations non-seulement sont plus fréquentes, mais aussi plus volumineuses ; celles de la langue, du larynx, sont toujours fort petites.

Dans le canal de l'urèthre, chez la femme, on voit quelquefois les végétations acquérir un volume assez grand pour constituer une des formes de polypes uréthraux.

Dans le vagin, les végétations ne sont pas très rares : on les y trouve confluentes, sessiles, le plus souvent arrondies, offrant toutes les formes transitoires qui les rapprochent de certaines hypertrophies folliculaires ou granulations vaginales, avec lesquelles, d'ailleurs, elles coïncident fréquemment.

Sur le col utérin elles prennent peu d'accroissement ; leur manque de saillie, la dureté du tissu sous-jacent ne permettent pas au doigt de les sentir facilement, dès le début du moins.

Pronostic. — Les végétations sont rarement graves, et ce n'est que par l'incurie des malades qu'elles atteignent un développement susceptible d'abolir les fonctions, ou d'amener des acci-

PLANCHE XX.

FIG. 1. — *Végétations multiples siégeant sur le col de l'utérus.*

A, ouverture du col, d'où s'échappe une gouttelette de muco-pus. B, végétations s'étendant dans le cul-de-sac vaginal. C, végétations sur la lèvre antérieure. D, les mêmes sur la lèvre postérieure.

FIG. 2. — *Végétations arrondies siégeant à la base du col utérin.*

A, ouverture du col, dont la plus grande partie est saine. B, végétations enflammées et d'un rouge vif.

FIG. 3. — Longs ciseaux courbes sur le plat pour couper les végétations dans le vagin.



Pl. 20.

Fig. 1.

C

B

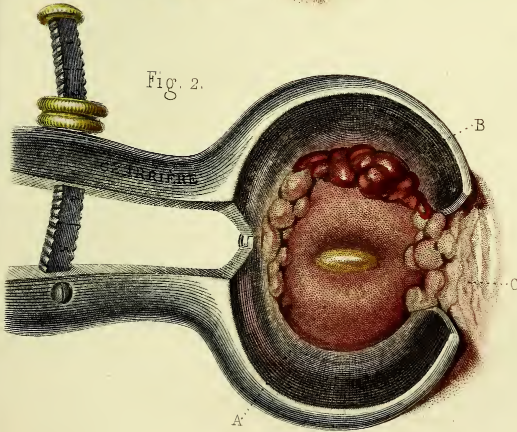
A

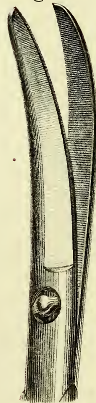
CHARRIERE

D

Fig. 3.

Fig. 2.





Picard sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny Gros



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS

PLANCHE XXI.

Végétations confluentes (choux-fleurs) occupant toute la région anale chez un homme.

---

dents; cependant ce n'est que par exception qu'elles guérissent spontanément. Même après leur destruction, elles ont une grande tendance à repulluler, soit sur place, soit dans les parties voisines; il faut que le traitement soit énergique et longtemps poursuivi, surtout si les causes persistent, et cela est fréquent.

Quoique l'affection soit toute locale et n'annonce aucune infection constitutionnelle, quelques conditions générales peuvent néanmoins faire varier un peu le pronostic. Chez les sujets très lymphatiques le développement est plus rapide et plus considérable, la guérison plus difficile à obtenir. Mais la condition organique la plus importante à ce point de vue, est sans contredit la grossesse qui favorise la maladie, entrave le traitement, et met quelquefois le médecin dans un grand embarras.

Étiologie. — Les végétations sont fréquentes dans les deux sexes, mais plus chez la femme que chez l'homme, à cause de la conformation spéciale des organes génitaux, de leur humidité constante et de la finesse plus grande de la peau.

C'est dans la jeunesse, pendant la première moitié de la période active des fonctions génitales, que se trouve le maximum de fréquence de cette affection. Exceptionnelle avant la puberté, elle devient de plus en plus rare à mesure que l'on dépasse l'âge moyen; l'influence de l'âge est due, et à la fréquence plus grande des causes spéciales, que nous verrons plus tard, et à la sensibilité plus vive du tégument, à cette période de la vie, qui le rend plus apte à ressentir les irritations de toutes sortes.

Signalons enfin la position sociale des malades. Les personnes habituées aux soins de propreté sont certainement moins sujettes aux végétations.

Les causes déterminantes sont très différemment appréciées par les auteurs. Pendant longtemps on les a considérées comme des accidents constitutionnels de la vérole, et cette opinion, ai-je dit, compte encore quelques partisans sérieux.

Notre opinion est bien différente, et nous ne craignons pas de la formuler nettement. Il n'y a aucun rapport de nature entre la syphilis constitutionnelle et les végétations, et celles-ci ne dépendent en rien du virus qui produit les accidents secondaires proprement dits. Cette doctrine est celle de la grande majorité des syphilographes actuels.

Non-seulement on trouve des végétations sur des individus atteints de blennorrhagie simple; nous nous sommes clairement et amplement expliqué sur la nature non syphylitique de cet accident sur lequel nous n'avons pas à revenir, mais on en trouve aussi sur des sujets n'ayant jamais été atteints d'affections con-

tagieuses, n'ayant même jamais eu de rapports sexuels, sur des jeunes filles portant tous les attributs de la virginité. Et cela a été vu et bien vu par des hommes habiles, et dont le témoignage n'est pas douteux.

Outre ces faits positifs, concluants directement, le raisonnement et l'observation clinique ne laissent guère de prise au doute.

Comment, en effet, rattacher à une diathèse dont les accidents suivent, généralement au moins, une marche régulière, apparaissant et disparaissant par ordre, ayant pour chaque période des caractères propres qui ont permis d'y former des groupes aussi naturels qu'aucun autre dans la science médicale ; comment rattacher à la syphilis des accidents qui apparaissent indifféremment à toutes les périodes comme accidents primitifs, dit-on, ou au moins en même temps, comme accidents constitutionnels, précoces ou tardifs, sans que ces accidents diffèrent, ni comme forme ni comme évolution, échappant ainsi, par une exception sans raison et sans vraisemblance, à une loi si générale, qu'on a pu la croire absolue ?

L'influence du traitement général, si nette dans la syphilis, est ici complétement nulle, et nous voyons les végétations persister, survivant sans modification aux accidents vraiment syphilitiques qui peuvent les accompagner.

La contagion des végétations n'existe pas. Jamais inoculation faite sérieusement et consciencieusement n'a réussi. Les faits sur lesquels s'appuie l'opinion contraire ont été mal interprétés, et la confusion est due uniquement au siége ordinaire de l'affection, à une certaine communauté d'origine, mais surtout à la coïncidence fréquente, mais indépendante en tout point de la nature essentielle.

Ce n'est donc qu'au titre d'affection vénérienne simple, c'est-à-dire ayant sa cause ordinaire dans l'exercice des fonctions génitales, que nous traitons *in extenso* dans ce livre l'histoire des végétations, aussi distinctes de la chaudepisse et de la vérole que ces deux affections vénériennes proprement dites peuvent l'être l'une de l'autre. Et il y aurait lieu même d'examiner jusqu'à quel point les auteurs ont eu le droit de rapporter à cette catégorie d'accidents certaines végétations du mamelon, du larynx, dont la production ne semble guère en relation avec l'accomplissement de l'acte génital. Tout au plus doit-on parler de celles qui se développent sur la langue à la suite des plaques muqueuses de cet organe, et mentionner le cas unique de Vidal, de végétations de la conjonctive après une ophthalmie blennorrhagique.

Il existe un certain nombre de causes qui peuvent produire les

végétations. On y doit ranger tout ce qui peut déterminer une irritation prolongée du tégument, ou faciliter l'action de cette irritation.

Au premier rang nous placerons la balano-posthite et la vulvite. Soit que les tissus enflammés soient simplement rouges, desquamés, ou même ulcérés, on les voit se recouvrir de petites saillies, en nombre variable, qui prennent de l'accroissement, et suivent bientôt les différentes phases de l'évolution que nous avons décrite.

Ici, par conséquent, prennent place toutes les causes de ces affections, phimosis plus ou moins prononcé, étroitesse de la vulve et longueur des petites lèvres, conditions anatomiques qui facilitent la stagnation de l'urine et des sécrétions cutanées et muqueuses, les sécrétions habituelles, la masturbation, les excès du coït, qui engendrent et perpétuent l'irritation locale.

La cause la plus fréquente est sans contredit la présence d'un écoulement, d'une sécrétion morbide quelconque qui baigne habituellement les parties. Mais tous ces écoulements n'agissent pas avec la même énergie. Les simples flueurs blanches sont une cause moins puissante que les écoulements contagieux; ceux-ci produisent facilement une irritation manifeste des régions baignées par le muco-pus. Quand l'absence des soins de propreté vient s'ajouter à cette action, l'effet est encore plus énergique. Je rappellerai ici la coloration pigmentaire qu'acquiert, chez certaines femmes atteintes de vaginite ancienne, la peau du périnée et de la partie supérieure des cuisses; à un degré plus élevé, il survient un érythème, des excoriations, une inflammation superficielle enfin.

Les lésions syphilitiques peuvent être aussi la cause des végétations ; on les voit quelquefois succéder aux chancres mous ou indurés, mais c'est aux plaques muqueuses surtout qu'appartient ce fâcheux privilége. Le suintement abondant qui souvent accompagne ces accidents agit à la manière du pus blennorrhagique. De plus, dans cette période secondaire, la nutrition de la peau est profondément modifiée, ainsi que le témoignent ces éruptions éparses, diffuses, qui naissent à l'occasion de la moindre cause locale, ou même, et le plus souvent, spontanément. Le tégument externe a alors une grande disposition à ces affections hypertrophiques et vasculaires; les plaques muqueuses elles-mêmes peuvent devenir végétantes, exubérantes, fendillées, et elles se transforment quelquefois sur place en véritables végétations ; celles-ci suivent leur évolution ultérieure, indépendante de la syphilis qui leur a indirectement donné naissance ; elles restent après la dis-

parition de l'accident spécifique, inattaquables au traitement mercuriel.

Les ulcérations superficielles de la peau, l'herpès, les chancres en voie de réparation, les érosions des muqueuses, prédisposent à ce développement, et il est fréquent de voir les bourgeons charnus se transformer ainsi en véritables végétations.

La grossesse agit de plusieurs manières pour arriver au même but; son influence se fait sentir pendant toute sa durée.

Dès le début, à l'exagération vitale de tous les organes de la génération, bientôt vient se joindre un effet de cet état nouveau. Les sécrétions vaginales sont notablement exagérées, jusqu'à constituer de véritables écoulements propres à la grossesse et trop souvent confondus avec les vaginites de contagion. A mesure que la grossesse avance, les conditions se prononcent davantage; la congestion de plus en plus intense du vagin, l'hypertrophie des glandules ou granulations, l'écoulement purulent, en sont le témoignage. Elle prend un caractère demi-passif, et sous l'influence évidente de la compression de l'utérus développé, les réseaux et les veinules se développent et deviennent variqueuses (Thibierge). Nous avons donc ici à la fois modification des fonctions cutanées et irritation continue par suite de l'écoulement. De là la fréquence des végétations dans la grossesse et leur développement considérable. Nous avons suffisamment déjà insisté sur ce point.

Les végétations se développent à toutes les périodes de la grossesse, dès les premiers mois comme à une époque plus avancée. Mais dans ce dernier cas l'activité du développement est plus grande, l'accroissement est plus rapide et plus considérable.

Quelquefois, nous l'avons dit, les végétations surviennent comme par contagion, après des rapports avec un individu atteint de la même affection. Mais il en est ici comme pour la production d'un écoulement simple où le contact d'un liquide irritant suffit pour mettre le sujet dans les conditions nécessaires à l'inflammation, sans que celle-ci ait rien de spécifique.

Mais indépendamment de ces causes locales et comme mécaniques, il en est de plus générales, qui, si elles ne suffisent pas à produire seules l'affection qui nous occupe, constituent néanmoins une prédisposition évidente. L'âge, le sexe, dont nous avons indiqué l'influence, doivent celle-ci aux conditions où ils placent le sujet; la peau des jeunes gens, des femmes, est plus fine, plus susceptible, plus exubérante, si l'on peut ainsi parler.

Le tempérament a une influence analogue. Les sujets lymphatiques ont aussi la peau plus irritable, ce qui leur constitue une prédisposition notable.

La syphilis constitutionnelle agit non-seulement par ses manifestations cutanées, mais peut-être aussi par les changements survenus dans la nutrition de la peau, et alors il faudrait admettre une influence plus directe, mais comme nous l'avons dit, indépendante de l'action spécifique. Les faits cliniques viennent à l'appui de cette manière de voir. On sait la fréquence des végétations chez les syphilitiques, leur résistance au traitement, ce qui explique l'erreur qui a régné longtemps sur leur nature.

La scrofule a une action plus évidente et plus puissante encore. A certaines formes de cette affection appartiennent un grand nombre de lésions de la peau ; les unes sont superficielles, et revêtent souvent la forme inflammatoire, aiguë ou chronique ; parmi elles se rangent un grand nombre de formes de l'acné. On voit souvent chez les individus porteurs de cette affection, se développer des végétations. Celles qu'on rencontre le plus fréquemment sont les verrues et l'acné varioliforme. Mais il est difficile de décider si l'affection générale agit ici comme cause directe, ou seulement en modifiant la peau, en la rendant plus accessible aux irritations extérieures. L'influence est évidente, quel qu'en soit le mécanisme, et si les végétations doivent être rapportées à une diathèse, à un état constitutionnel, c'est certainement parmi les affections symptomatiques de la scrofule qu'elles devraient prendre place.

Diagnostic. — Lorsque les végétations revêtent tous les caractères que nous avons indiqués, le diagnostic est d'une grande facilité, et la confusion n'est guère possible, mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans les cas moins tranchés l'erreur est difficile à éviter. On peut les confondre avec différentes lésions syphilitiques, cancéreuses ou autres. Dans quelques cas même on peut prendre pour pathologiques des parties normales : le clitoris, les caroncules myrtiformes ont été quelquefois enlevés. Mais il faut reconnaître que c'est là une erreur qui dénote une profonde ignorance et une légèreté impardonnable.

Le développement exagéré des papilles de la langue en impose davantage. Mais la vraie végétation, assez rare d'ailleurs en cet endroit, est plus saillante, plus isolée, fait moins corps avec la surface de l'organe.

Les ulcérations spécifiques ou autres, en voie de cicatrisation, offrent quelquefois une surface bourgeonnante ; mais l'humidité de la surface, le reflet brillant des bourgeons, la solution de continuité de l'épiderme, diffèrent nettement de l'apparence irrégulière, terne, sèche de la végétation.

Cette dernière lésion pouvant succéder à la première par une

transition insensible, il sera quelquefois difficile de préciser le moment de la transformation, que font prévoir la marche de la cicatrisation et l'état de la partie, ainsi que la présence antérieure de végétations autour du point ulcéré.

Les plaques muqueuses présentent parfois des difficultés plus sérieuses. Dans la forme dite végétante, les plaques muqueuses revêtent une apparence exubérante, irrégulière ; elles sont plus ou moins fendillées, mais l'aspect général, la coloration sont bien différentes. Les plaques muqueuses ont une couleur sombre et grisâtre, beaucoup plus foncée que les végétations, qui sont d'un rose plus ou moins vif, se rapprochant beaucoup plus de la coloration normale des muqueuses. De plus, celles-là sont peu saillantes, souvent cohérentes ou confluentes, et formant de larges plaques, sans tendance à se pédiculiser. Il n'y a réellement de difficulté que si de vraies végétations se développent simultanément, et le fait est loin d'être rare. Il faut alors avec une minutieuse attention examiner les différents caractères que présente l'éruption ; il suffit de reconnaître la présence de l'accident syphilitique, non-seulement par les signes locaux, mais aussi par le cortége obligé de l'évolution de la syphilis, les engorgements ganglionnaires, les éruptions en d'autres points du corps. Ce diagnostic amènera à un traitement sous l'influence duquel disparaîtront les lésions syphilitiques ; les végétations, au contraire, absolument réfractaires, persisteront avec des caractères plus nets, et le diagnostic deviendra ainsi facile dans les cas rares où le doute n'aura pu être éclairci par le premier examen.

Les verrues proprement dites, qui peuvent se développer à toute époque de la vie avec une certaine rapidité, méritent d'arrêter l'attention.

Nous avons vu en effet les végétations prendre, dès qu'elles s'éloignent un peu de leur siége habituel, des caractères qui les rapprochent beaucoup des véritables verrues ; la constitution intime de ces productions est à peine différente, et les mêmes causes générales y prédisposent, aussi affectent-elles de préférence les sujets lymphatiques ou scrofuleux.

Mais il y a néanmoins des différences capitales : les verrues ont toujours un aspect absolument sec, corné ; bien que nombreuses, elles n'offrent jamais la même confluence et le même volume que les végétations, elles ne siégent que par exception au voisinage des organes génitaux, et dans ces cas il en existe dans d'autres points.

L'acné varioliforme provoquera à peu près les mêmes remarques. Ici cependant nous trouvons une prédilection toute spéciale

pour l'extérieur des organes génitaux, surtout chez la femme.

L'acné suit une marche très lente, n'offre aucun phénomène aigu ; elle naît sans doute aussi chez les sujets prédisposés, sous l'influence d'une irritation locale mais faible, lente et longtemps prolongée.

Lorsque cette éruption se présente sous la forme de petits boutons hémisphériques, ou même pédiculés, grisâtres et nacrés, ou légèrement rosés, nettement ombiliqués, l'erreur alors n'est plus possible. Mais souvent les deux affections coïncident, et, surtout au début, présentent des caractères différentiels peu tranchés. Les végétations granuleuses s'en rapprochent beaucoup, et les follicules prennent souvent une part manifeste à leur formation. Il est quelquefois impossible de savoir si telle saillie folliculaire deviendra une véritable végétation ou une pseudo-pustule d'acné. Ces deux affections sont si voisines par leur nature, que quelquefois elles se superposent, et l'on voit une petite végétation avec tous ses caractères, sortir du goulot d'un follicule hypertrophié où même revêtant déjà la forme pustuleuse ; ces faits se rencontrent à la peau, surtout chez les femmes jeunes, un peu lymphatiques, atteintes d'écoulement leucorrhéique peu abondant et peu irritant.

Dans le vagin, les végétations peuvent se confondre avec des granulations très développées. Ordinairement ces granulations sont lisses, arrondies, régulières, donnant au doigt une sensation bien différente de la dureté rugueuse des produits épigéniques. Mais les deux affections peuvent coïncider ou se succéder, et peut-être même l'affection des follicules se transforme-t-elle en véritables végétations. On voit en effet assez souvent dans le vagin des saillies nombreuses, revêtant des caractères mixtes, et la présence simultanée de lésions types peut faire admettre une relation intime dans le mode de formation.

Mais une erreur plus grave et plus difficile à éviter, est la confusion entre le cancer et certaines végétations anciennes de la verge, avec ou sans phimosis, ayant entraîné l'atrophie du gland, et simulant une affection de mauvaise nature.

L'affaiblissement où tombent les malades par suite des douleurs prolongées, de l'écoulement abondant et souvent d'une fétidité qui rappelle celle du tissu cancéreux, peut même être pris pour des accidents de cachexie.

Il faut alors examiner avec le plus grand soin, chercher par une étude approfondie à distinguer l'induration inflammatoire de la base d'implantation des végétations, de l'induration carcinomateuse, des champignons encéphaloïdes et du ramollissement des

tissus dégénérés. L'état des ganglions, durs et souvent indolents, ou présentant des douleurs lancinantes spéciales dans le cancer, est différent de l'engorgement inflammatoire, aigu et douloureux, phlegmoneux, qui peut accompagner une lésion non maligne de la verge.

L'âge du malade, les commémoratifs, la marche de la maladie, pourront fournir de précieux renseignements. Un des aspects des végétations qui peut le plus facilement en imposer pour un cancer est celui où, dures, volumineuses, elles ont déterminé la perforation du prépuce, et se sont échappées par la nouvelle voie qu'elles se sont faites, d'autant plus qu'alors, comme leur base peut être très fortement étranglée, elles peuvent fournir par toute leur surface un écoulement sanguin au moindre attouchement.

Les végétations quelquefois guérissent spontanément, mais cette issue heureuse est tout exceptionnelle, et il ne faut guère y compter ; cette terminaison n'est autre chose que le résultat des accidents inflammatoires et gangréneux qui peuvent survenir ; et alors la guérison est quelquefois radicale, à moins qu'une partie du mal échappe à la destruction.

Traitement. — Ce que nous avons dit de la nature des végétations nous dispense de toute discussion et nous autorise à rejeter tout d'abord le traitement antisyphilitique. L'impuissance absolue du traitement mercuriel et iodé est en effet une des meilleures preuves de la non-spécificité de l'affection qui nous occupe. Et cependant, combien encore d'hommes distingués, persistant dans une doctrine contraire, continuent à conseiller ce traitement qui ne peut que fatiguer les malades, amener même et bien gratuitement des accidents, et qui ne dispense en rien de l'emploi ultérieur des moyens directs ; c'est une perte de temps sans aucune compensation. Toutefois je ne dois pas omettre de dire que j'ai vu quelques cas où des végétations, ayant résisté à des applications caustiques locales, ou ayant repullulé après l'excision, se sont réduites et ont fini par disparaître pendant le cours d'un traitement mercuriel. Les malades chez lesquels il m'a été donné d'observer ces résultats, avaient tous présenté, soit en même temps que leurs végétations, soit antérieurement, des signes évidents de syphilis.

L'indication n'est pas douteuse, et il faut, le plus tôt possible, attaquer la maladie par des moyens énergiques. Plus on tardera, plus l'affection prendra de développement, et les difficultés du traitement augmenteront en proportion ; tous les moyens dont nous avons à parler sont locaux, et agissent directement sur le produit morbide.

Ils sont de différents ordres et ne s'emploient pas indifférem-ment, mais répondent à des indications spéciales.

En première ligne se présente l'ablation par l'instrument tranchant, par la ligature simple ou par les instruments spéciaux employés pour enlever les tumeurs très vasculaires, tels que le serre-nœud de Græfe ou l'écraseur linéaire.

L'ablation par l'instrument tranchant, les ciseaux courbés sur le plat, est le moyen le plus expéditif, le plus facile, le plus sûr, lorsqu'il est applicable. On saisit, entre les branches de l'instrument, la petite tumeur et la portion de muqueuse ou de peau qui la supporte, et l'on enlève ainsi la base d'implantation ; s'il est besoin, la végétation est saisie avec une pince à griffes, au moyen de laquelle on attire les tissus. Cette précaution est nécessaire pour assurer la guérison radicale, et lorsque la petite opération est bien faite, la reproduction est moins à craindre, au même point du moins ; ce qui n'a pas lieu si le pédicule seul a été excisé quand on a affaire à des végétations anciennes et volumineuses. Ce moyen est douloureux ; et si les végétations sont très nombreuses, leur ablation est longue, pénible, et de plus l'écoulement de sang qui se fait par la plaie vient masquer les tissus, et empêche, surtout dans les cavités et dans les replis profonds, de continuer l'opération. Si les végétations sont volumineuses et par conséquent très vasculaires, l'excision peut exposer à des hémorrhagies graves, qu'il peut être fort difficile d'arrêter ; ce moyen ne peut donc être applicable partout et toujours, mais, nous le répétons, c'est le meilleur, et il ne faut pas le rejeter, quand même il exigerait un peu d'adresse et de patience.

L'ablation par le serre-nœud et par l'écraseur sera indiquée lorsque l'on craint l'hémorrhagie, et c'est en effet une grande ressource. Mais il faut bien remarquer que la ligature agissant sur le pédicule seulement, doit être suivie de quelques-uns des moyens propres à détruire la base d'implantation du produit morbide.

Chez les sujets pusillanimes, ou bien encore s'il existe des végétations peu nombreuses d'un certain volume, bien pédiculées, la ligature simple, au moyen d'un fil, peut être de quelque utilité ; mais d'une manière générale, c'est le plus mauvais moyen de ceux que fournit cette méthode, celui dont les applications sont les plus restreintes. Il est assez douloureux, lent, gênant ; toutes ces circonstances justifient parfaitement l'abandon presque général dans lequel il est tombé.

Viennent ensuite les moyens topiques, qui ont pour effet, ou de modifier la nutrition de la tumeur, ou de la détruire par une cautérisation plus ou moins puissante.

Les premiers sont les astringents, dont l'action est peu énergique. On a vanté le chlorure de fer, le calomel, l'opium brut, qui sont sans aucune efficacité.

Swediaur a beaucoup vanté la poudre de sabine unie au peroxyde de fer. L'alun calciné et les autres astringents ont joui d'une certaine réputation. Tous ces topiques peuvent réussir, tous comptent quelques succès. Quelques jours après l'application astringente, les végétations se flétrissent, se dessèchent et tombent d'elles-mêmes, ou cèdent facilement à l'arrachement par l'ongle du malade ; mais il faut reconnaître que cette manière de faire est fort infidèle, et la plupart du temps insuffisante pour amener une cure radicale. On ne peut guère l'employer que comme palliatif, pour arrêter un peu la rapidité du développement, lorsque le traitement actif est contre-indiqué. Cependant je donne souvent le conseil de faire ces applications sur les végétations avant d'en pratiquer l'excision, parce que j'ai remarqué qu'elles ont alors moins de tendance à repulluler que lorsqu'on les coupe quand elles sont enflammées et qu'elles sécrètent abondamment.

Les caustiques proprement dits, bien employés, amènent la guérison lorsqu'on a soin d'observer les règles que j'ai indiquées à propos de l'ablation, c'est-à-dire si la base d'implantation est détruite par le caustique ; au reste, l'efficacité des caustiques est proportionnée à leur force.

Le nitrate d'argent, liquide ou solide, est peu énergique ; son action est superficielle, aussi on n'y a guère recours que pour cautériser les plaies d'excision des ciseaux. Il rend alors de bons services, en détruisant les parties qui peuvent avoir échappé à l'instrument tranchant, et en arrêtant la petite hémorrhagie qui succède à l'excision. On peut encore l'employer contre les végétations petites, nombreuses, comme confluentes, que l'on ne pourrait exciser sans faire une opération sanglante, trop grave pour une affection légère. Il faut alors l'appliquer avec persistance et cautériser aussi souvent que les végétations repullulent.

Le nitrate acide de mercure est un caustique plus puissant, et avec lequel, quand on le manie prudemment, on peut faire disparaître des masses végétantes occupant une grande surface ; mais il détermine facilement une inflammation violente, non-seulement des parties touchées, mais encore des tissus voisins, aussi faut-il prendre la précaution de ne toucher exactement que ce qu'on veut détruire : c'est surtout dans les cas de végétations non pédiculées qu'il offre une ressource précieuse.

Les caustiques acides ont été fort préconisés ; tous les acides

énergiques peuvent être employés avantageusement, mais ils ont aussi de grands inconvénients.

Les plus usités sont les acides nitrique monohydraté, chromique, acétique cristallisable.

Le premier est le plus généralement employé, et peut-être le meilleur des caustiques liquides, dans le cas qui nous occupe. Il est puissant, il désorganise rapidement et profondément le tissu vasculaire ; la douleur qu'il produit est modérée et d'une durée relativement assez courte. Les acides acétique et chromique sont plus puissants peut-être, mais ils sont peu applicables ; si on les emploie avec une certaine énergie, et c'est là que se trouve leur seul avantage, ils causent des douleurs atroces, de longue durée, et il en est résulté des accidents extrêmement graves. On ne doit donc leur donner la préférence qu'avec une grande réserve, sur une petite surface, et surtout dans les régions peu sensibles, au col de l'utérus par exemple. On voit par là combien restreints sont les avantages qu'on en peut retirer.

Tous les caustiques liquides pénètrent facilement jusque dans les replis les plus profonds, et attaquent ainsi avec une plus grande énergie les masses végétantes exubérantes.

L'acide sulfurique n'est guère employé qu'uni à une substance solide (safran ou charbon) et formant une pâte qui peut rendre quelques services. Les caustiques solides sont nombreux, mais on y a rarement recours.

La potasse caustique, sous ses diverses formes, a l'inconvénient d'exposer aux hémorrhagies, par la difficulté que l'on éprouve à borner son action sur des tumeurs toujours irrégulières.

Le chlorure de zinc solidifié (pâte de Canquoin) rendra au contraire d'éminents services. Sous forme de trochisques aplatis ou de flèches, il peut être introduit dans l'intérieur même des masses végétantes qu'il attaque énergiquement, sans exposer à l'hémorrhagie, quelle que soit la vascularité du tissu. On s'en sert utilement pour détruire ces énormes végétations qui envahissent quelquefois toute la région vulvaire, et qu'on n'ose attaquer directement par l'instrument tranchant. Ce caustique peut aussi être employé à l'état liquide, mais alors il perd une partie de ses avantages.

Le fer rouge a été souvent mis en usage dans ces derniers temps, le chloroforme aidant. C'est à coup sûr le plus inoffensif des caustiques, et c'est aussi un de ceux qui sont moins fréquemment suivis de récidive. Mais l'appareil effrayant de la cautérisation actuelle fait qu'elle est rarement acceptée par les malades, et qu'on n'y recourt que dans un petit nombre de cas, comme, par exemple,

pour détruire les végétations des cavités profondes sur le col de l'utérus, au fond du vagin, dans les points où l'affection rebelle rend, par sa situation, l'excision impossible.

La cautérisation galvanique, facile à employer, n'a pas les inconvénients apparents du fer rouge. Mais de longtemps encore peut-être elle n'entrera dans la pratique habituelle, et son emploi restera exceptionnel.

Telles sont les ressources qu'offre la chirurgie contre les végétations, et les indications que nous avons données suffisent dans les cas ordinaires. Mais il y a quelques circonstances exceptionnelles qui nécessitent des précautions, et une manière de se conduire toute particulière.

Tel est, par exemple, l'état de grossesse pendant lequel les moyens énergiques, tels que la cautérisation profonde et l'excision, peuvent devenir très dangereux en provoquant l'avortement, ainsi que je l'ai observé bon nombre de fois.

Lorsque pendant la grossesse le développement des végétations est modéré, il faut savoir attendre, car les soins de propreté, les applications de poudres dessiccatives, les lotions astringentes, suffisent souvent à arrêter leur accroissement et à modérer la douleur, le prurit et la sécrétion dont elles sont le siége.

En général, rien ne presse pour les végétations des femmes enceintes, car fréquemment, après la délivrance, elles disparaissent d'elles-mêmes, sans aucun traitement. Un ancien interne distingué de l'hôpital de Lourcine, M. le docteur Thibierge, a cité dans sa thèse inaugurale beaucoup de cas où les choses se sont passées de la sorte.

Il ne faut donc alors recourir à l'excision que lorsque par leur volume énorme on aurait à craindre que les végétations ne devinssent un obstacle à l'accouchement. Mais cette circonstance doit être on ne peut plus rare, et pour ma part j'ai vu bien souvent des masses végétantes énormes qui paraissaient obstruer entièrement le vagin, s'écarter et s'affaisser d'elles-mêmes à l'instant du passage du fœtus, et ne retarder en rien son expulsion.

Cependant si pendant la grossesse les végétations étaient une cause de grande douleur, ou si elles donnaient lieu à un écoulement purulent, gênant pour la malade, ou à des hémorrhagies, il ne faudrait pas hésiter à l'en débarrasser, et c'est alors que la prudence veut qu'on ait recours de préférence à l'écraseur linéaire, qui, appliqué sur des tissus aussi congestionnés que le sont les parties génitales pendant la gestation, ne met même pas toujours à l'abri de l'hémorrhagie.

Lorsqu'une femme a vu se développer des végétations sans

cause appréciable, pendant le cours d'une première grossesse, et que ces végétations auront pris un grand volume, on devra, dans le cas où elle redevient enceinte, se tenir sur ses gardes, afin d'enrayer dès son origine la maladie, si elle a de la tendance à reparaître.

C'est alors que les applications styptiques locales, que les cautérisations superficielles, mais souvent répétées, devront être employées, et qu'elles ont de grandes chances de réussite si on les combine avec un traitement interne approprié à la cause à laquelle on suppose devoir être attribuée la tendance aux productions épigéniques ; et comme cette cause est presque toujours le lymphatisme, c'est aux modifications de ce tempérament qu'on s'adressera, c'est-à-dire aux toniques de toutes sortes.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

SECONDE PARTIE.

DES CHANCRES.

En commençant la description des chancres, je ne veux pas revenir sur la question théorique du virus chancreux, que j'ai déjà discutée dans l'introduction de cet ouvrage. Je dis seulement qu'avec le chancre nous entrons dans l'étude de la syphilis, et cela quelle que soit l'opinion qu'on adopte ; les unicistes ne voyant dans les différentes formes du chancre que des variétés émanant d'un même principe ; les dualistes admettant que les formes, d'essence entièrement différente, peuvent néanmoins se confondre, dans quelques cas, d'une manière tellement intime, qu'elles ne sont plus reconnaissables cliniquement.

CHAPITRE PREMIER.

DU CHANCRE MOU.

Le chancre mou, que M. Bassereau croit être l'*ulcère contagieux des organes génitaux* décrit par les auteurs de l'antiquité, qu'il appelle *chancre à bubon suppuré*, qu'on désigne généralement sous le nom de *chancre simple*, qui est le *chancroïde* de M. Clerc, dont, probablement pour le différencier d'une manière plus accentuée du chancre induré, M. Diday change le genre de la dénomination et en fait un substantif féminin sous le nom de *chancrelle*, est caractérisé par une ulcération à base molle dont le pus facilement inoculable reproduit ordinairement un chancre mou. Ce chancre serait bien plus fréquent que le chancre induré, s'il fallait s'en rapporter à des statistiques dignes de foi.

Dans l'espace de douze années, M. Puche a observé 10 000 chancres tant à l'hôpital qu'en ville. Sur ce nombre considérable, il y avait, dit-il, 1955 chancres indurés et 8045 chancres simples. M. le docteur Alfred Fournier, sur 341 chancres observés

PLANCHE XXII.

CHANCRES MOUS.

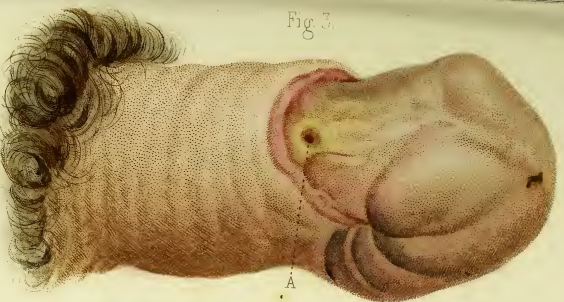
Fig. 1. — *Large perforation gangréneuse du prépuce occasionnée par un chancre intra-préputial, chez un malade atteint de phimosis complet.*

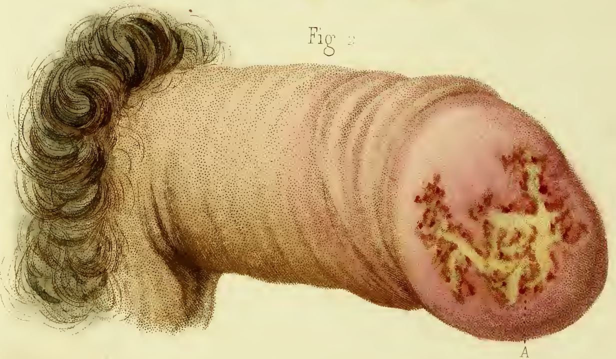
A, surface du gland baigné par le pus, avec de la balanite folliculeuse. B, prépuce tuméfié. C, ouverture naturelle du prépuce.

Fig. 2. — A, chancre mou serpigineux du gland au commencement de la période de déclin.

Fig. 3. — A, fistule uréthrale (hypospadias) consécutive à un chancre perforant cicatrisé, avec destruction du frein.







E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Pl. 23.

Fig. 1.

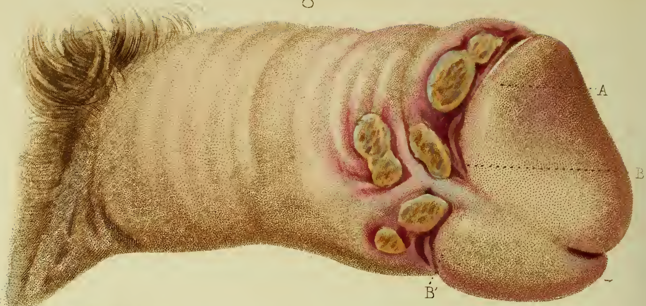


Fig. 2.

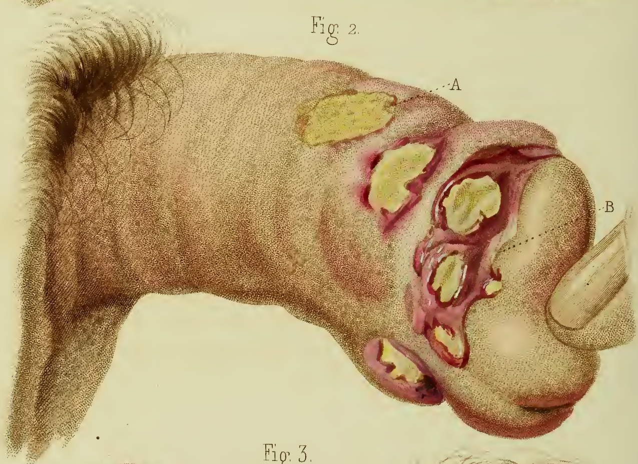


Fig. 3.



Annedouche sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS

Imp. Geny-Gros

PLANCHE XXIII.

CHANCRES MOUS.

Fig. 1. — A, gland sain. B, B', chancres mous folliculaires du prépuce à la période d'état sur le prépuce et sur les côtés du frein.

Fig. 2. — A, chancres mous sur le fourreau. B, sur les deux faces du prépuce et sur le gland. Ces derniers sont enflammés, à bords irréguliers, déchiquetés et taillés profondément à pic.

Fig. 3. — A et B, chancres mous de la face interne du prépuce, à bords irréguliers, à la période d'état.

PLANCHE XXIV.

CHANCRES MOUS.

Fig. 1. — A, chancre mou du prépuce en voie de réparation formé par la réunion de plusieurs chancres folliculaires.

Fig. 2. — A, B, C, larges chancres mous du prépuce à la période d'état.

Fig. 3. — A, A', chancres enflammés (gangrène moléculaire) du gland. B, chancre du prépuce et du repli balano-préputial.

PL 24

Fig. 1.

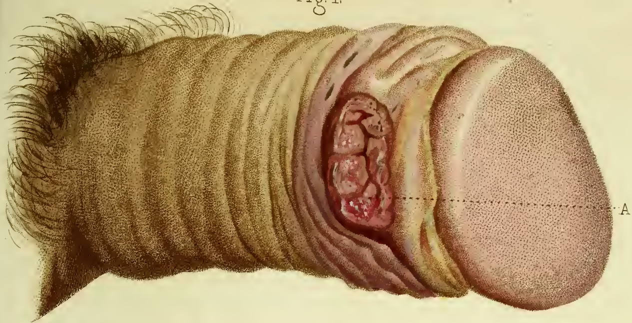


Fig. 2

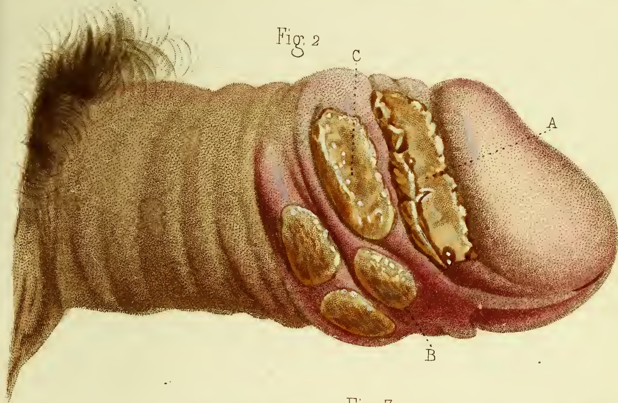
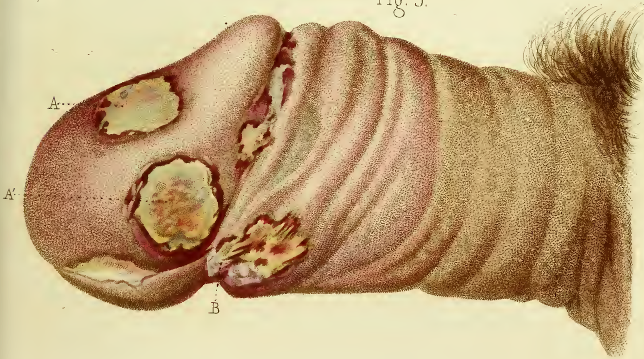


Fig. 3.



medouche sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

pendant un trimestre à la consultation de l'hôpital du Midi, a vu 215 chancres non infectants et 126 infectants. Mes observations sont loin d'attribuer une fréquence relative aussi grande du chancre mou. Ainsi dans le relevé de mon service à l'hôpital du Midi pendant l'année 1861, on trouve 414 hommes atteints de chancres, dont 143 mous, 250 indurés et 21 restés douteux, les malades n'ayant fait que passer dans les salles. J'ai pu faire la même remarque pendant mon séjour à Lourcine ; ce qui, je dois le dire, tient sans doute à ce que la femme éprouve plus de répugnance que l'homme à faire examiner ses parties génitales ; elle vient consulter le plus tard possible, de sorte qu'un grand nombre de chancres mous chez elle échappent ainsi à l'observation. Cela est vrai, surtout des chancres mous sans adénite.

Le siége du chancre mou est très variable puisqu'il peut occuper tous les points du tégument externe et certaines muqueuses, soit qu'il s'y développe par contagion physiologique, soit qu'il y soit porté par inoculation expérimentale. Chez l'homme, le plus souvent placé sur le frein, sur le gland, sur le prépuce, il peut, par exception, se rencontrer au méat et à l'intérieur même du canal de l'urèthre. Ces chancres larvés, comme on les appelle, ont été niés; mais pourquoi n'existeraient-ils pas, lorsqu'il est si facile au pus de pénétrer dans l'urèthre. Je ne m'arrêterai pas à discuter comment ils peuvent se produire, puisque l'inoculation expérimentale les révèle et que l'anatomie pathologique a démontré leur existence.

Chez la femme, le siége le plus ordinaire du chancre mou est la fourchette. Il y a probablement à cela une raison purement anatomique, c'est que le chancre mou de l'homme occupant le plus souvent le frein, la fourchette se trouvant alors directement en contact avec lui, subit l'inoculation très facilement à cause des déchirures et des érosions fréquentes auxquelles elle est exposée. MM. Boys de Loury et Costilhes, et après eux M. Pirondi, ont donné une autre explication de la fréquence des chancres mous de la fourchette : suivant ces auteurs, il y aurait un chancre du col coïncidant presque toujours avec le chancre de la fourchette ; et ils en concluent que d'après la disposition anatomique des parties, le pus de l'ulcération du col doit nécessairement aboutir à la fourchette, où il s'inocule secondairement. Il est difficile d'admettre le fait, d'abord parce que les chancres du col sont loin d'être aussi fréquents que cette explication le ferait croire, ensuite il est commun de voir des femmes avec des chancres de la fourchette sans chancre du col. Enfin ne serait-on pas en droit de se demander comment la fourchette n'est pas atteinte toutes les fois qu'il y

PLANCHE XXV.

CHANCRES MOUS.

Fig. 1. — A, chancre mou, ayant perforé le frein. B, une anse de fil est passée dans la perforation.

Fig. 2. — A, chancre du méat pénétrant dans le canal de l'urèthre. B, chancre du gland en voie de réparation. C, chancres folliculaires à l'état de plaie simple, formant une guirlande à la face interne du prépuce.

Fig. 3. — A, chancres folliculaires du gland. B, chancre suivi de cicatrice vicieuse déformant la couronne, avec perforation complète et balano-posthite intense; l'écoulement abondant du pus provenant de la fistule uréthrale masque les parties.

Fig. 1.

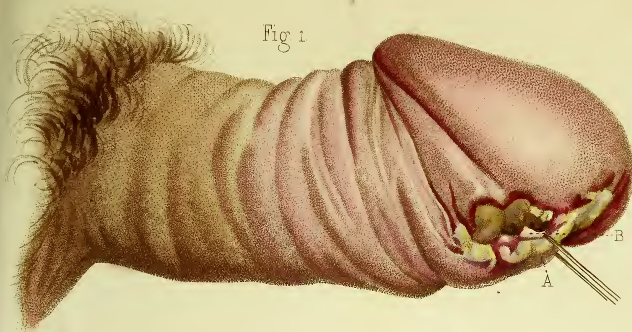


Fig. 2.

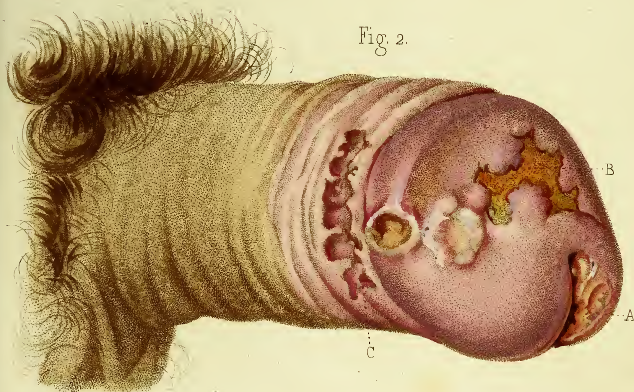
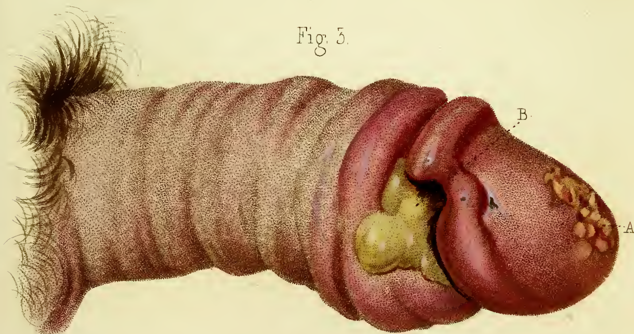


Fig. 3.



Annedouche sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

Pl. 26.



E MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp Geny

Roard sc

PLANCHE XXVI.

CHANCRES FOLLICULAIRES MULTIPLES DE LA VULVE, DE L'ANUS ET DE LA FACE INTERNE DES CUISSES.

A, chancre folliculaire à ulcération très superficielle. A', chancres confluents réunis par les progrès de l'ulcération. B, chancre mou également folliculaire sur un des plis de l'anus.

a un chancre de la partie supérieure de la vulve, alors que le pus aboutit bien plus facilement encore à la fourchette? Quoi qu'il en soit de l'opinion des médecins de Saint-Lazare et de l'honorable praticien de Marseille, je regarde les chancres mous de la fourchette comme fréquents et ceux du col relativement comme rares.

Les grandes lèvres, le capuchon du clitoris, le clitoris lui-même, sont souvent le siége de chancres mous plus ou moins étendus. Ceux du vagin sont rares, ce qui est dû à l'intégrité plus ordinaire de sa muqueuse. Je ne veux pas dire que le chancre du vagin ne se produit que dans les cas où la muqueuse est érodée : loin de moi cette pensée; cependant je crois que le bon état de la muqueuse est presque toujours une condition préservatrice.

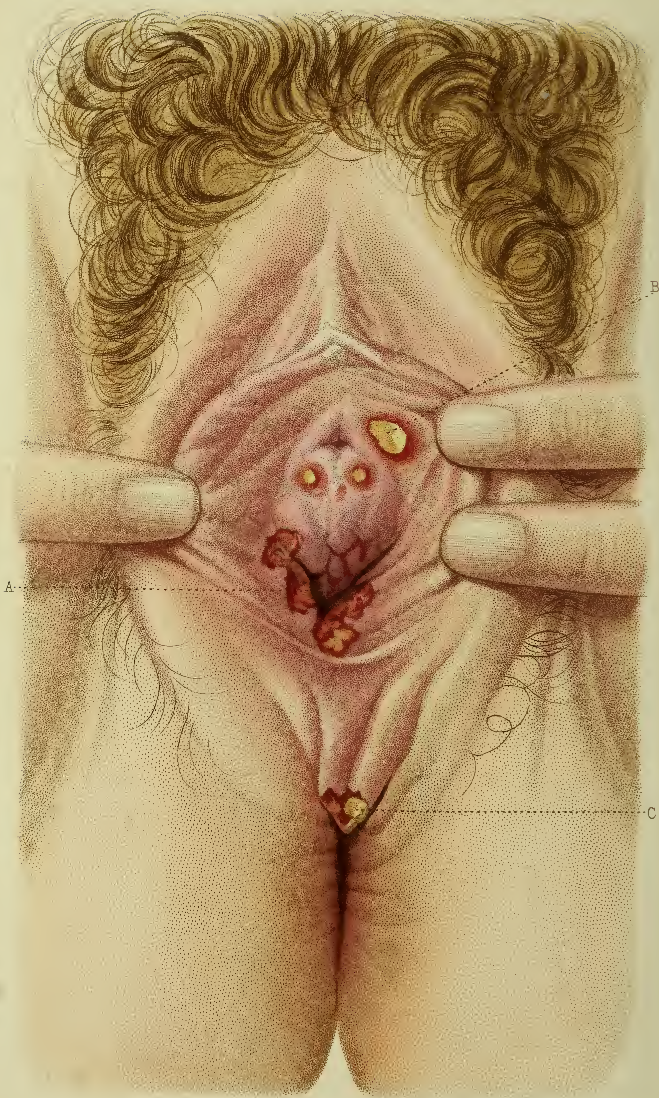
Chez la femme, le chancre mou peut, comme chez l'homme, exister en dehors de la sphère des organes génitaux. Cependant il existe une région qui, dans les deux sexes, semble à l'abri du chancre mou, c'est la région céphalique. Cette question intéressante du chancre mou céphalique a soulevé de nombreuses discussions. Son importance m'oblige à insister sur ce point.

Existe-t-il un chancre mou céphalique?

En 1856, M. Ricord écrivait qu'il n'avait jamais rencontré le chancre mou à la tête. Je disais aussi ne l'avoir jamais observé. Deux statistiques données par M. Fournier, l'une relevée d'après les notes de M. Puche, et l'autre d'après des observations recueillies par lui tant à l'hôpital du Midi qu'à l'infirmerie de Saint-Lazare, vinrent à l'appui de l'opinion émise par M. Ricord et par moi. Sur 28 cas observés par M. Puche d'accidents primitifs à la tête, 28 fois les manifestations constitutionnelles avaient eu lieu ; et dans les 26 cas de chancres céphaliques dont parle M. Fournier, il n'y en avait pas eu un non plus qui ne fût un chancre induré.

La question en était à ce point, quand M. Buzenet consigna dans sa thèse trois observations de M. Bassereau qui prouvaient que le chancre mou peut être inoculé à la face. Dans un de ces trois cas même, il n'avait été nécessaire pour faire développer le chancre mou que de placer une goutte de pus sur une gerçure de la lèvre supérieure. Il n'y avait plus alors de doute possible, mais le doute fut moins permis encore lorsque Nadau des Islets, dans sa thèse en 1858, rapporta des faits non moins concluants recueillis sous les yeux de M. Puche. M. Rollet et M. Huebbenet (de Kief) firent aussi connaître des résultats qui venaient surabondamment prouver la possibilité d'inoculer artificiellement le chancre mou à la face.

Mais il était permis encore de ne pas croire au chancre mou



Dävenne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE XXVII.

CHANCRES MOUS DE LA VULVE ET DE L'ANUS.

A, chancres situés sur les caroncules et sur la fourchette en voie de cicatrisation. B, chancre du vestibule à la période d'état. Au-dessous, chancres folliculaires sur le tubercule que forme la colonne antérieure du vagin. C, chancre du périnée ayant détruit une partie de son siége d'implantation.

céphalique par contagion. Et depuis aucun fait n'est venu infirmer cette opinion. Sans doute le cas dans lequel M. Bassereau dit qu'il s'est développé un chancre mou à la place d'une gerçure labiale sur laquelle on avait déposé une goutte de pus, ressemble bien à une contagion normale, puisque celle-ci se produit presque toujours ainsi. Cependant on ne connaît pas encore de chancre mou céphalique de contagion directe. Et certes cela est bien singulier. Il faut noter aussi que le chancre mou de la tête par inoculation parcourt son évolution très rapidement et qu'il ne produit presque jamais l'adénite suppurée, ce qui indique de la part de la tête une inaptitude au développement régulier du chancre mou.

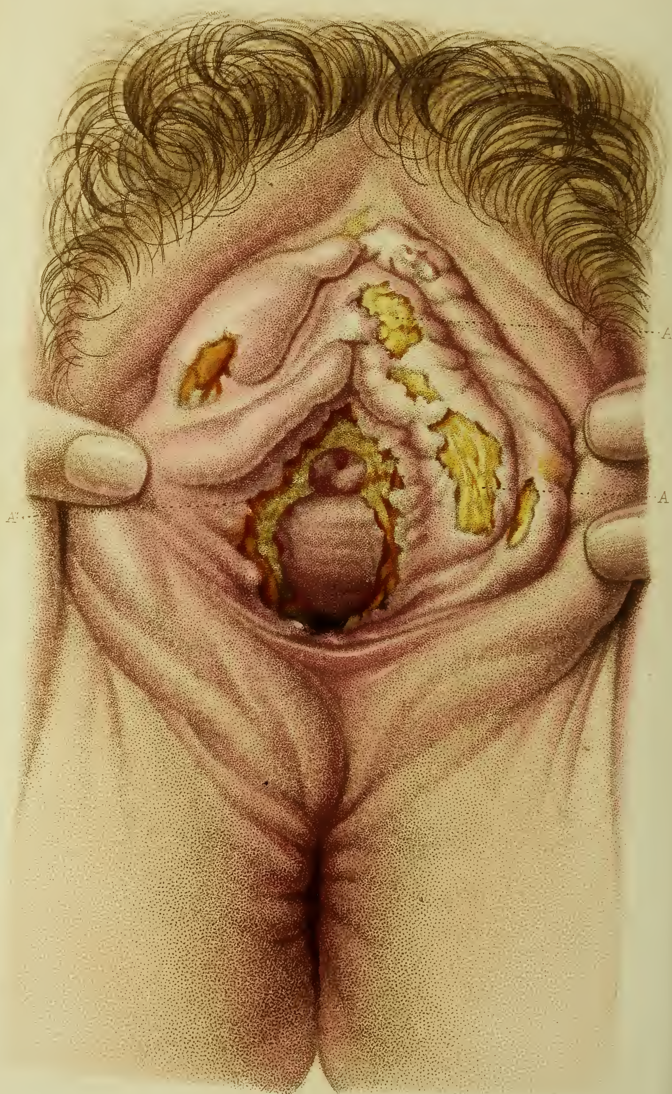
On s'est demandé pourquoi il n'existe pas de chancre mou céphalique de contagion directe. Plusieurs explications ont été avancées. M. Buzenet a donné pour raison que le chancre mou de contagion guérissant très vite à la tête, il n'est pas donné au médecin de l'observer : il tombe sous le sens que cette explication n'a aucune valeur.

On a dit aussi que le chancre simple ne se rencontre pas sur la face, parce qu'en s'y développant, il se transforme immédiatement en chancre induré, en vertu d'une réaction du terrain sur la graine ; ce qui est revenir à l'ancienne théorie de M. Ricord. J'admets volontiers que dans bien des cas de chancre induré de la face où l'on remonte à la source du virus, on trouve que celle-ci est infectée. Mais je dois dire aussi que j'ai par-devers moi et qu'il y a dans la science des faits où deux chancres se développent, l'un aux lèvres, l'autre aux organes génitaux; à la suite du même contact le premier s'indure et le second reste mou.

M. Diday et M. Fournier ont cherché à expliquer l'absence du chancre mou céphalique de contagion. Cette explication a été donnée presque en même temps par ces deux observateurs. Ils disent que si l'on n'a pas encore trouvé de chancre simple de la région céphalique, c'est à cause d'une immunité de la région, d'une inaptitude des tissus à se laisser influencer par le pus de l'ulcération molle.

Sans nous perdre dans des conjectures qui n'ont rien de satisfaisant, disons seulement que, d'une observation rigoureuse et attentive d'un nombre infini de malades, il résulte que le chancre mou céphalique peut exister, mais qu'il n'a encore été vu que comme chancre d'inoculation artificielle, et jamais comme chancre de contagion directe physiologique.

Si la région céphalique semble jouir du privilége d'immunité, il n'en est pas de même du reste du corps, qui ne saurait être à l'abri de la contagion du chancre mou. On le rencontre sur le



E MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

PLANCHE XXVIII.

CHANCRES MOUS SERPIGINEUX DE LA VULVE.

A, A', chancres en voie de réparation sur les petites lèvres tuméfiées. A'', chancres réunis en une seule ulcération qui entoure complétement l'anneau vulvaire, et a disséqué le tubercule qui porte le méat urinaire.

tronc, sur les membres, et alors, le plus souvent, par une inoculation accidentelle.

Les animaux sont réfractaires à l'inoculation du pus de l'ulcération molle. Ainsi, sur les singes, les chiens et les chats auxquels j'ai pratiqué un grand nombre d'inoculations, je ne suis jamais parvenu à produire une ulcération à développement extensif et continu. Sans doute, à la suite de ces inoculations, il peut survenir une inflammation suppurative, mais le phlegmon qui naît alors est causé par le pus qui remplit sous la peau de l'animal le rôle d'une épine, d'un corps étranger. Encore cela arrive-t-il rarement ; le plus souvent l'insertion du pus ne donne lieu à aucun phénomène inflammatoire. Lorsque le pus recueilli sur un singe à la surface du phlegmon d'inoculation, produit un chancre mou sur l'homme, ainsi qu'ont dit l'avoir fait MM. Diday et Melchior Robert, c'est que ce pus est resté en dépôt sous l'épiderme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'animal. Pour moi, il n'y aura de véritable inoculation du chancre de l'homme au singe que lorsqu'on aura déterminé une ulcération suppurante, qu'on pourra laver à plusieurs reprises afin de la débarrasser complétement du pus qui l'aura produite, et qu'on transportera ensuite soit sur le singe, soit sur l'homme. Jusque-là il ne me sera pas possible de voir autre chose qu'un dépôt avec ou sans production d'inflammation suppurative.

Symptômes. — Le chancre mou n'est ordinairement accompagné d'aucun symptôme général.

Les symptômes locaux varient suivant la forme que revêt le chancre.

Le chancre simple peut se montrer d'emblée sous la forme ulcérative, quand le pus se trouve déposé sur une érosion ou sur une éraillure, si petite qu'elle soit.

Début. — Il commence quelquefois par la forme ecthymateuse, qui est celle de tous les chancres d'inoculation expérimentale, souvent aussi celle du chancre de contagion, mais qu'alors on n'est à même d'observer que rarement, les malades ne consultant pour un chancre que lorsque celui-ci est déjà à la période d'ulcération. Le chancre mou prend exceptionnellement la forme furonculeuse. Enfin il peut être folliculaire, c'est-à-dire se développer dans l'orifice béant d'un follicule.

Toutes les fois que le pus du chancre mou reste, après les rapports vénériens, en contact avec une érosion ou une éraillure, ce pus l'irrite et par son influence exerce sur elle une action extensive qui se manifeste plus ou moins longtemps après la contagion. Ordinairement, dans ces conditions, il ne s'écoule guère plus de deux jours sans que l'action du virus se soit manifestée.

Pl. 29.

Fig. 1.



Fig. 2

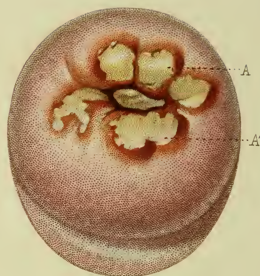


Fig. 3.

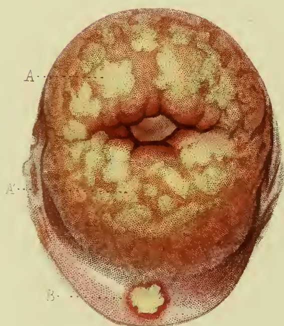


Fig. 4.



Fig. 6.



Fig. 5



E MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS

Imp Geny

PLANCHE XXIX.

CHANCRES DU COL.

Fig. 1. — A, balanite chancreuse en voie de réparation, avec folliculite. B, ulcération à la période d'état.

Fig. 2. — *Chancres folliculaires.*

A, A', ulcérations molles à la période d'état.

Fig. 3. — A, A', ulcérations diphthéritiques occupant tout le col. B, chancre folliculaire occupant le cul-de-sac postérieur du vagin.

Fig. 4. — *Chancre mou phagédénique.*

A, bords déchiquetés du chancre. A', ulcération à fond inégal et d'aspect diphthéritique. B, larme purulente occupant le méat du col.

Fig. 5. — A, ulcération en voie de réparation. A', froncement du pourtour du méat qui était complétement ulcéré.

Fig. 6. — *Chancre phagédénique.*

A, bords déchiquetés du chancre. B, surface à fond diphthéritique. C, bords du méat ulcérés. D, boursouflure périphérique du chancre.

Cette période est suivie de celle de progrès. L'érosion s'agrandit, se creuse, et bientôt il existe une ulcération dont l'étendue varie. Les bords en sont très nets, comme taillés à l'emporte-pièce, quelquefois légèrement décollés et un peu renversés en dehors, entourés d'une rougeur vive et violacée plus ou moins marquée. A la loupe, ils présentent de petites dentelures. La base sur laquelle repose cette ulcération donne au toucher une sensation analogue à celle des tissus voisins ; mais le plus souvent la sensation qu'on éprouve est celle d'une dureté phlegmoneuse. Le fond de l'ulcération présente une surface irrégulière, chagrinée, grisâtre, recouverte quelquefois d'une couche pseudo-membraneuse difficile à détacher. Le pus fourni par la surface ulcérée est en général assez abondant ; il est facilement inoculable : aussi le chancre mou se rencontre-t-il rarement seul, presque toujours il est multiple.

La multiplicité du chancre mou explique comment l'ulcération ne se présente pas toujours avec un aspect aussi net que celui qui vient d'être décrit. Souvent plusieurs chancres simples se réunissent par leurs bords, se confondent et produisent une ulcération à limites irrégulières. Ces modifications d'aspect dépendent beaucoup du siége de l'ulcération et excluent toute espèce de comparaison.

Quelles que soient son étendue et sa profondeur, le chancre mou sécrète un pus, ai-je déjà dit, toujours inoculable pendant la période que nous venons d'étudier.

Durée.— Quand le chancre mou a atteint les limites de son extension, il s'arrête pour diminuer : c'est la période de réparation qui commence. L'engorgement de la base disparaît, le fond de l'ulcération se déterge et se couvre de bourgeons charnus; les bords s'affaissent, prennent une coloration rosée, et la cicatrisation, se manifestant sous forme d'un liséré blanchâtre, s'effectue de la circonférence vers le centre. Quelquefois dans la période de réparation, le centre de l'ulcération ne prend pas une part aussi active à la cicatrisation que les bords. Il faut se défier du pus fourni par cette portion rebelle à la cicatrisation ; il est encore inoculable alors que l'ulcération spécifique paraît être revenue à l'état de plaie simple.

Notons aussi que quelquefois c'est par la partie centrale que commence la cicatrisation pour, de là, gagner la circonférence.

Tel est le chancre mou quand il se développe sur une solution de continuité quelconque. Il commence par une ulcération et ne saurait débuter autrement. Le pus trouve une surface dénudée et s'en empare pour y exercer son action. Je suis convaincu qu'une dénudation dermique n'est pas indispensable à l'inocula-

Fig. 2

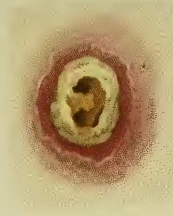


Fig. 1.

A'

A

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

PLANCHE XXX.

CHANCRES MOUS TÉRÉBRANTS DE LA MARGE DE L'ANUS ET DU PÉRINÉE CHEZ UN HOMME.

Fig. 1. — A, ulcération en voie de guérison. A', ulcération moins ancienne encore à l'état de suppuration et de progrès

Fig. 2. — Représentation de l'ulcération de l'inoculation faite sur la cuisse du malade avec le pus des chancres précédents.

---

tion d'un chancre, et que quelquefois il suffit que du pus virulent soit déposé et reste fixé pendant quelque temps sur une muqueuse ou sur une portion fine et délicate de la peau, pour qu'il y détermine une inflammation ulcérative d'emblée, qui seulement sera plus lente dans sa marche que lorsqu'il trouve une solution de continuité toute faite déjà.

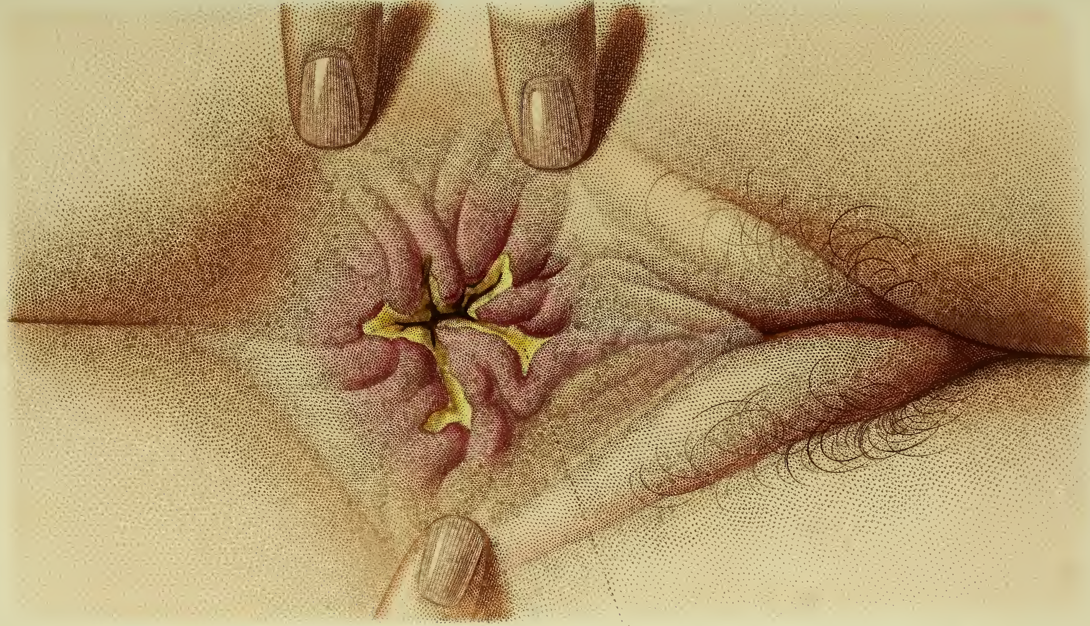
Mais quand le pus est emprisonné sous la peau, sous une muqueuse, par l'inoculation ou autrement, il faut bien qu'il exerce son action sur les tissus qui le recouvrent. Alors se montre d'abord un point rouge ; l'épiderme, en se soulevant, forme une vésicule à laquelle succède bientôt une pustule ; cette pustule se rompt et laisse suinter un pus qui, en se desséchant, constitue une croûte plus ou moins épaisse, brunâtre. C'est ainsi que se développe le chancre ecthymateux, le chancre d'inoculation.

Le chancre furonculeux se développe souvent à la suite de l'inoculation des piqûres de sangsues, ou lorsque dans une expérience la lancette a été enfoncée trop profondément. Le pus s'infiltre sous la peau et amène une inflammation circonscrite qui constitue un vrai furoncle, lequel suppure, s'ouvre et se transforme bientôt en un chancre dont la base peut tout de suite être fort large, suivant que le furoncle était volumineux.

Le chancre folliculaire se rencontre peut-être plus chez la femme que chez l'homme, il est très souvent multiple. L'ulcération qui le constitue est petite, arrondie, déprimée au centre, légèrement renflée sur les bords, qui sont ordinairement rouges. La surface de l'ulcération laisse suinter un liquide purulent plus ou moins abondant. Du fond de l'ulcération s'élève quelquefois un poil. Le chancre folliculaire s'observe en général aux grandes lèvres, où il revêt une forme analogue à celle de certaines plaques muqueuses et des érosions herpétiques. On l'observe aussi sur le col de l'utérus, mais là, au lieu de former comme à la vulve un grand nombre de petites ulcérations isolées, très promptement celles-ci se réunissent par leurs bords, forment une surface érodée, étendue, qui occupe ordinairement les deux lèvres du col. Les chancres mous de la vulve coïncident quelquefois avec les chancres mous du col. Mais de cette coïncidence dans certains cas, il ne faudrait pas conclure, ainsi que je l'ai déjà dit, que toutes les fois qu'il y a des chancres mous du col, il y a aussi un chancre mou à la fourchette.

Le pus du chancre mou exerce fréquemment sur les ganglions de la sphère lymphatique où il se trouve un retentissement en vertu duquel ils s'enflamment et suppurent. Aussi l'adénite est-elle souvent symptomatique du chancre mou. Je m'abstiens d'en faire ici la description, réservant cette étude pour un article spécial.

PL. 31.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp Genv Gros.

PLANCHE XXXI.

CHANCRE MOU A ULCÉRATION LARGE ET PROFONDE OCCUPANT TOUTE L'ÉTENDUE DE LA MARGE DE L'ANUS CHEZ UNE FEMME.

A, surface de l'ulcération. B, ses bords froncés.

Diagnostic. — Le diagnostic du chancre mou présente quelquefois des difficultés. Ainsi, lorsqu'on se trouve en face d'un grand nombre de chancres folliculaires, comme cela arrive sur les grandes lèvres de la femme, on peut être embarrassé, et se demander s'il ne s'agit pas de plaques muqueuses ou de vésicules d'herpès rompues. On pourrait tout d'abord penser à la multiplicité des ulcérations comme élément de diagnostic ; le chancre mou, les plaques muqueuses et l'herpès ont précisément la multiplicité des ulcérations comme caractère commun. Mais, dira-t-on, les signes distinctifs sont nombreux. Sans doute les plaques muqueuses des organes génitaux sont souvent accompagnées de plaques muqueuses de la gorge ; sans doute cet accident secondaire de la syphilis existe le plus souvent avec la pléiade ganglionnaire; je sais bien que les plaques muqueuses coïncident avec d'autres éruptions, la roséole aussi par exemple ; je sais bien que cet accident secondaire peut être accompagné ou précédé d'un état général caractéristique ; mais dans certains cas la pléiade ganglionnaire n'est pas aussi nette qu'on pourrait le croire ; il n'y a pas de plaques muqueuses à la gorge, pas d'éruptions, pas d'état général appréciable. Et pourtant il faut une solution à la question. C'est alors que l'inoculation rendrait un véritable service, car si le pus pris au bout de la lancette et inoculé ne donne pas de pustule ecthymateuse, on aura affaire à de la vérole ou à de l'herpès. L'embarras devient moins grand, s'il s'agit d'attendre quelques jours pour que le diagnostic soit posé ; car avec des lotions émollientes et des soins de propreté, l'herpès sera bien vite passé. Les plaques muqueuses peuvent disparaître aussi au bout de quelques jours sous l'influence des mêmes soins, mais alors il est rare qu'il ne survienne pas une éruption ou quelque autre manifestation qui démontre qu'il s'agissait réellement d'un symptôme caractérisant l'infection générale.

Pour ne pas avoir à nous répéter, nous ferons, en parlant du chancre induré, son diagnostic différentiel avec le chancre mou.

Le chancre mou parcourt trois périodes distinctes, je l'ai déjà dit, une d'incubation, une de progrès, enfin une dernière dite de réparation. La période d'incubation a une durée variable ; elle est en général très courte, puisque le plus souvent le pus se trouve déposé sur une surface dénudée, cas dans lequel elle est réellement inappréciable. Mais quand le pus a été déposé par contagion sur une surface saine, l'inflammation ulcérative dont j'ai parlé reste latente pendant plusieurs jours. Je l'ai déjà dit, mais il est bon de le répéter ici, même dans l'inoculation expérimentale, sur le malade lui-même, cette incubation a lieu quelquefois. Ainsi il



Davesne sc
E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.
Imp. Geny-Gros.

PLANCHE XXXII.

Fig. 1. — *Chancre phagédénique de la verge.*

A, ulcération à sa période d'état. Elle a emporté le frein et une partie du prépuce. A', ulcération en voie de cicatrisation. B, îlot de tissu sain au milieu du chancre.

Fig. 2. — *Chancre phagédénique de la verge.*

A, Les corps caverneux mis à nu par l'ulcération. A', ulcération à la période d'état. B, sonde indiquant le trajet d'une fistule urinaire.

m'est arrivé de faire une inoculation, n'importe où, à la cuisse, sur le ventre, aux bras, et vingt-quatre où quarante-huit heures après, de voir la piqûre de la lancette tout à fait sèche, ce qui me faisait croire que l'inoculation devait être regardée comme négative; puis au bout de quatre, cinq, six jours et même plus, une rougeur paraître, une pustule se former, s'ouvrir et donner lieu à un chancre mou bien caractérisé.

La période de progrès dure de trois à quatre septénaires quand il n'y a pas de complication, mais il n'est pas rare d'observer des accidents qui retardent la guérison. Quant à la période de réparation, elle est ordinairement courte; en peu de jours, sans qu'on puisse se rendre compte d'un changement si subit, le chancre perd sa virulence, il se déterge et la cicatrisation s'opère comme celle de toutes les plaies. Quelquefois la cicatrice en est peu étendue, plus étroite que ne l'a été la solution de continuité, mais elle offre souvent une dépression qui est caractéristique de la nature de l'ulcération.

Pronostic.— Si l'on se rappelle ce que j'ai dit dans mon introduction sur la dualité chancreuse, on ne sera pas étonné de m'entendre répéter qu'un médecin prudent ne devra jamais se prononcer, surtout à première vue, d'une manière définitive sur le caractère de l'ulcération pour laquelle on vient le consulter. Le pronostic du chancre mou doit toujours être porté avec beaucoup de réserve. Sans doute un chancre mou peut n'être qu'une simple ulcération, qu'une affection toute locale qui guérira plus ou moins rapidement; mais en revanche un chancre mou qui se présente sous la forme de l'ulcération la plus simple et la plus molle peut être un foyer d'infection syphilitique. Si j'insiste sur ce point d'une manière toute spéciale, c'est que l'expérience m'a démontré plus d'une fois combien il est fâcheux de trop rassurer le malade, de lui affirmer qu'il n'a pas la vérole, quand au contraire il en est atteint, ce qui ne tarde pas à être prouvé par les manifestations secondaires.

Complications. — Les complications du chancre mou sont quelquefois terribles, c'est l'inflammation portée à l'extrême, c'est la gangrène, c'est l'état diphthéritique, c'est le phagédénisme. Comme ces déviations peuvent avoir lieu aussi bien pour le chancre mou que pour le chancre induré, quoique plus rares de beaucoup dans ce dernier, nous en ferons un chapitre à part.

Traitement. — L'étude du traitement de l'ulcération molle présente une grande importance, et la première considération thérapeutique est celle-ci : le chancre mou ayant une tendance évidente à étendre au loin son action, il importe avant tout de s'y opposer.

Malgré l'opinion de quelques auteurs, et entre autres de Vidal,

qui rejettent la cautérisation, malgré l'autorité de Dupuytren qui la considère comme la plus fatale des méthodes, je n'hésite pas à la regarder comme une excellente pratique, féconde en résultats.

Plusieurs caustiques ont été employés tour à tour, le nitrate d'argent en crayon ou en solution, l'acide nitrique, l'acide chlorhydrique, la pâte de Vienne. Ils ont donné et donnent tous les jours de bons résultats ; mais le caustique par excellence, celui que je préfère quand je veux agir énergiquement, c'est le mélange d'acide sulfurique et de charbon, tant vanté, et avec juste raison, par M. Ricord. C'est l'analogue de la pâte safrano-sulfurique employée par M. Velpeau contre certains cancers. La douleur qu'il produit est sans doute très vive, mais son action est sûre ; il cautérise profondément et largement, but qu'il faut viser pour atteindre le chancre dans ses derniers retranchements. Du reste il est indispensable de cautériser énergiquement, autrement on courrait risque de rester en deçà de la sphère du chancre, et alors le remède serait pis que le mal, puisque le pus de la portion non cautérisée viendrait s'inoculer sur la nouvelle plaie et produire un chancre plus profond que le premier. C'est précisément la timidité qu'on a mise dans l'emploi de ce caustique qui explique les insuccès dont quelques médecins ont parlé. Le moyen n'est fidèle qu'à la condition d'appliquer le caustique sur toute la surface de l'ulcération.

La pâte de Canquoin est aussi un excellent caustique ; elle a été préconisée dans ces derniers temps par MM. Rollet et Diday, qui ont fait connaître les résultats qu'ils ont obtenus, résultats qui, il faut l'avouer, ne sont pas aussi satisfaisants à Paris qu'entre les mains des deux praticiens distingués que je viens de nommer. M. Debauge en a parlé longuement dans sa thèse inaugurale sur le traitement des chancres mous et des bubons chancreux par la cautérisation au chlorure de zinc.

Quoi qu'il en soit de la supériorité d'un de ces caustiques sur l'autre, leur emploi constitue une très bonne méthode de traitement comme moyen abortif du chancre mou.

Pour détruire le chancre mou on peut employer aussi l'excision, mais il est facile de concevoir que ce moyen n'est applicable que dans certains points, lorsque le chancre se trouve placé, par exemple, sur les petites lèvres, sur le prépuce et encore à leur extrémité, car alors on peut exciser profondément et largement sans danger. Quand l'ulcération occupe le gland, la verge, la fourchette, le col de l'utérus, l'excision est impossible. On ne doit l'employer qu'à la condition de dépasser la zone virulente, autrement on transformerait la nouvelle plaie en un chancre plus étendu ; ce qui peut arriver aussi lorsqu'en faisant l'excision, on

n'a pas soin d'empêcher le contact de la sécrétion de la partie qu'on enlève avec la surface saignante qui en résulte, cas dans lequel il y a une véritable inoculation.

La cautérisation et l'excision, quand celle-ci peut être employée, présentent surtout des avantages au début de l'ulcération, avant qu'elle soit bien établie, et si le chancre existe déjà depuis plusieurs jours, et c'est le cas le plus ordinaire, la cautérisation a toujours pour effet de combattre sa marche envahissante.

Mais s'il n'y a pas de tendance destructive, si rien n'indique une déviation fâcheuse, s'il y a de l'inflammation, de l'œdème, ou bien si l'on a affaire à un malade pusillanime, on a recours à des moyens d'un autre ordre.

Ces moyens consistent dans le repos complet de l'organe, dans des soins de propreté, des lotions émollientes narcotiques ou légèrement astringentes. Souvent on emploie la charpie sèche dans le but d'absorber le pus sécrété par l'ulcération, avec le soin d'intercaler la charpie entre les surfaces sécrétantes, à cause de la facilité très grande avec laquelle s'inocule le pus du chancre mou. Quelques praticiens sont dans l'habitude de faire panser les chancres mous avec des pommades quelconques ; je n'hésite pas à dire que c'est là une méthode détestable, qui souvent est la seule cause de complications graves. C'est principalement à l'onguent mercuriel, d'un usage malheureusement encore si fréquent, que j'adresse ce reproche.

La suppuration est-elle abondante, on doit mettre en usage, pour combattre ses propriétés virulentes, pour les neutraliser en quelque sorte, des liquides antiseptiques et détersifs, la teinture d'iode étendue, l'eau chlorurée, la décoction de quinquina, et surtout le vin aromatique, en lotions fréquemment répétées et en en humectant un gâteau de charpie qu'on applique sur l'ulcération. Le vin aromatique est le modificateur le plus souvent employé. Le pansement doit être renouvelé plusieurs fois dans la journée. Je suis très partisan des pansements tout à fait secs, et très souvent je conseille les applications de poudre de calomel ou de poudre d'alun. Ces substances modifient assez vite la sécrétion purulente, mais elles ont l'inconvénient, l'alun surtout, de déterminer de l'exsudation sanguine qui en nécessite la suspension. Il est rare toutefois qu'on soit dans la nécessité d'y renoncer d'une manière absolue.

Le siége de l'ulcération fait nécessairement varier le mode de pansement. Ainsi, lorsque les chancres sont placés dans l'intérieur de l'urèthre ou à l'anus, on conçoit sans peine qu'il doit subir des modifications. Quand l'ulcération siége au méat, il est

encore possible d'employer la cautérisation, mais on devra prendre la précaution d'interposer une petite mèche de charpie sèche dans le but d'écarter les lèvres l'une de l'autre pour empêcher l'inoculation. Quand l'ulcération occupe l'intérieur de l'urèthre, la cautérisation n'est plus possible ; cependant, si l'on est certain du siége précis qu'elle occupe, on peut encore la pratiquer au moyen du porte-caustique de Lallemand, mais les souffrances que l'on provoque de cette manière ne sont que rarement rachetées par le peu d'efficacité qu'amène cette cautérisation. Si le chancre intra-uréthral est accompagné de symptômes inflammatoires très aigus, il faudra employer les antiphlogistiques, sangsues au périnée, bains généraux, injections narcotiques, boissons abondantes. De cette manière, on combattra les érections qui, en déchirant les tissus enflammés, contribuent à favoriser l'extension de l'ulcération et à prolonger sa durée.

Quand le chancre siége à l'anus, dans ses plis ou à la partie inférieure du rectum, on emploiera des pansements émollients ou résolutifs fréquemment répétés, on introduira des mèches dans l'anus et l'on entretiendra la liberté du ventre.

Ainsi, en résumé, le traitement du chancre mou consiste dans des cautérisations faites avec le nitrate d'argent, la pâte carbo-sulfurique ou avec la pâte de Canquoin, quelquefois dans l'excision, quand le chancre est au début et qu'on pense l'arrêter dans sa marche envahissante. Les cautérisations et l'excision sont remplacées par les lotions émollientes, les applications de vin aromatique et les pansements secs, quand le chancre semble vouloir se limiter aux tissus qu'il a d'abord envahis.

Lorsque le chancre mou parcourt régulièrement son évolution, il ne réclame que le traitement local que je viens d'indiquer, et l'on n'a recours à une médication générale que dans les cas de complications inflammatoire, gangréneuse ou phagédénique. Quant à un traitement spécifique, si l'on veut bien se rappeler ce que j'ai dit du pronostic du chancre mou, on doit être certain que j'en suis l'ennemi très déclaré, et combien je déplore la pratique des médecins qui gorgent leurs malades de mercure à propos de toutes les ulcérations virulentes ou non qui se déclarent aux organes génitaux. Lorsque je parlerai du traitement du chancre induré, on pourra juger mieux encore ce que je pense du traitement mercuriel appliqué au chancre mou.

CHAPITRE II.

DU CHANCRE INDURÉ.

La seconde forme du chancre a été, dans ces derniers temps, distinguée de la précédente comme espèce morbide et même comme affection de nature essentiellement différente.

On lui a donné le nom de *chancre infectant*, *chancre induré*. L'école dite *dualiste* lui réserve exclusivement le nom de *chancre syphilitique*, *chancre* proprement dit. Nous nous sommes expliqué sur cette question de doctrine.

Dans l'état actuel de la science, aucune de ces dénominations n'est exempte de reproches. Le chancre infectant n'est pas toujours induré, et nous n'admettons pas que le triste privilége d'infecter l'économie soit l'apanage exclusif d'une seule des formes du chancre; que le chancre mou, dit *simple*, n'ait aucune relation de nature et de filiation avec la vérole. Nous nous servirons néanmoins des noms reçus dans la science, dont la valeur clinique est universellement connue. Nous ne leur accordons que leur signification usuelle et indépendante de toute idée doctrinale.

Symptômes. — Le chancre induré n'est pas toujours semblable à lui-même, et sous des influences diverses, appréciables ou non, il peut revêtir les apparences les plus différentes.

La plus nette, celle dont tous les éléments présentent le développement le plus complet et le plus caractéristique, est constituée par une *ulcération* superficielle, reposant sur une base *indurée*.

L'*ulcération* a naturellement une forme régulièrement arrondie, d'une étendue variable, mais peu considérable; tantôt miliaire ou pouvant atteindre la largeur d'une pièce d'un franc et au delà. La perte de substance est à peine excavée, taillée comme en dédolant, et les bords se confondent graduellement avec le limbe, sans décollement et sans saillie notable. Le fond est d'un gris nacré ou d'un rouge sombre finement granulé, généralement sec, sans exsudation pseudo-membraneuse ou pultacée, sans suppuration appréciable. Il s'en écoule lentement une petite quantité de liquide séreux, clair, sans détritus. Il n'y a rien ici, en un mot, qui ressemble au travail ulcéreux du chancre mou.

La forme régulière qui est propre au développement du chancre infectant n'existe qu'autant que la disposition de la région n'y met pas d'obstacle; mais s'il est placé sur une partie anfractueuse,

Fig. 1.

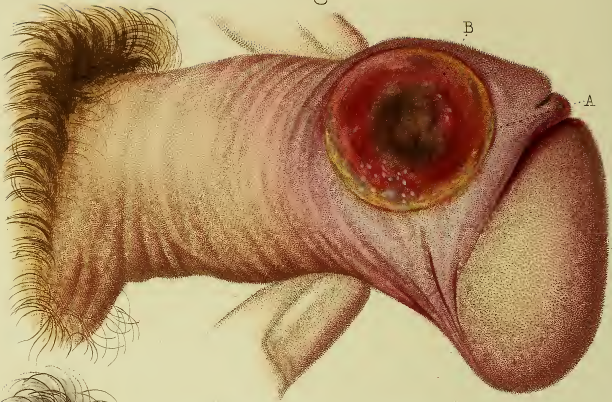


Fig. 2

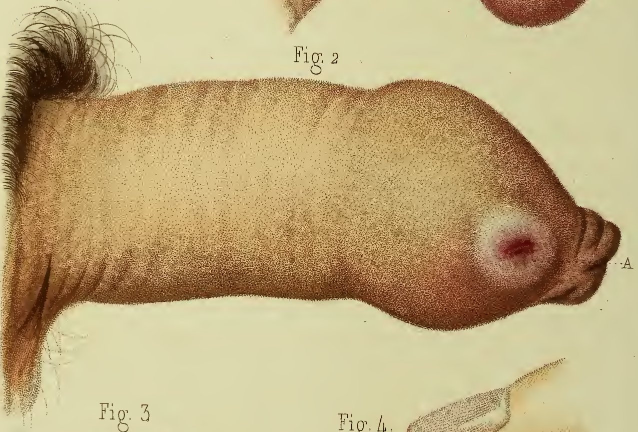
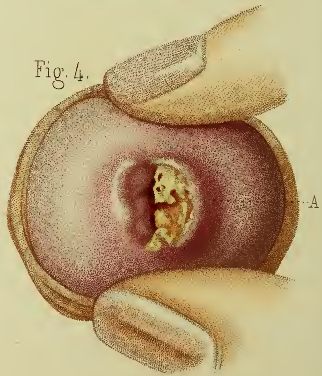


Fig. 3



Fig. 4.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS

Imp. Geny-Gros.

PLANCHE XXXIII.

CHANCRES INDURÉS.

Fig. 1. — Chancre induré de la face interne du prépuce légèrement saillant, les bords, A, se continuant insensiblement avec les téguments. Le centre, B, est légèrement creusé par une gangrène moléculaire.

Fig. 2. — A, Chancre induré lenticulaire de la face interne du prépuce.

Fig. 3. — Chancre induré du méat et de la fosse naviculaire.

Fig. 4. — A, chancre induré du méat se prolongeant dans le canal de l'urèthre.

---

sur une crête saillante ou dans la dépression d'un pli naturel, il obéit aux exigences du terrain. Son grand diamètre répond à la direction la plus favorable, et s'allonge dans le sens du repli balano-préputial, par exemple; mais dans la période d'accroissement ou d'état, sa forme permet toujours d'apprécier sa tendance à la régularité.

L'état des tissus sous-jacents à l'ulcération offre un phénomène d'une grande importance, l'*induration* spécifique, qui est connue depuis l'origine de la vérole comme la caractéristique du chancre infectant, et dans ces derniers temps lui a mérité le nom de chancre *induré*.

Ses caractères sont les suivants : au-dessous de l'ulcération et la débordant souvent, existe une dureté comme ligneuse ou cartilagineuse, de forme généralement régulière et hémisphérique, qui s'enfonce dans les tissus sains, et s'en distingue par le brusque changement de consistance, sans aucune gradation. Elle donne parfaitement l'idée d'un corps étranger. Aussi s'est-on ingénié à des comparaisons plus ou moins frappantes. Bell compare la sensation produite à celle d'un demi-pois enchâssé sous la peau, ressemblance fort exacte pour un certain nombre de cas. D'autres fois, sur les replis mobiles, on dirait du cartilage tarse de la paupière renversée (Ricord).

L'induration diffère complétement de l'empâtement inflammatoire, qui n'a jamais ni cette dureté extrême ni ces limites précises. De plus, il y a peu ou pas de couleur, les tissus voisins, au lieu de présenter une injection et une coloration plus vives, sont pâles et anémiés par la tension qu'ils éprouvent, et cette décoloration augmente par toute pression, tout tiraillement qui exagèrent cette disposition.

Le chancre présente souvent une élévation notable au-dessus des tissus qui l'entourent, due au soulèvement qu'amène l'induration, et la saillie est fréquemment plus large que l'ulcération même, débordée qu'elle est par l'exsudation plastique. De tout ceci résulte une apparence toute spéciale qui permet, à première inspection, de reconnaître la nature du chancre, la présence de l'induration avant même que le palper ait apporté son aide.

Tel est le type le plus parfait du chancre induré ou infectant. On lui a donné le nom de chancre *huntérien*, du nom du célèbre chirurgien anglais, qui de nouveau insista, au milieu du siècle dernier, sur ces principaux caractères.

Mais, plus souvent, certes, tous ces caractères ne se trouvent pas réunis ensemble; quelques-uns manquent ou sont atténués,

modifiés ; de là diverses formes plus ou moins écartées du type, et qui exigent une mention spéciale.

L'induration n'a pas toujours la même forme régulière arrondie ; elle peut être moins considérable, et la masse qu'elle constitue s'amincit plus ou moins, s'aplatit, et restant alors très superficielle, sous-tend l'ulcération à la manière d'une feuille de parchemin dont elle donne parfaitement la sensation aux doigts qui la pressent latéralement. De là le nom de chancre *parcheminé*, donné à cette forme, qui est la limite d'une échelle de gradation décroissante depuis l'induration typique profonde.

Quelquefois les bords de l'ulcération présentent une induration notable, qui les soulève à la manière d'un bourrelet prismatique et triangulaire, de consistance cartilagineuse ; le centre ne présente qu'une dureté parcheminée ou nulle : c'est la syphilis *annulaire* de Wallace, forme de chancre aussi caractéristique qu'aucun autre à induration complète.

Mais la forme la plus insidieuse est l'érosion chancreuse (Bassereau). L'ulcération est alors tellement superficielle, que sa surface est au niveau des parties environnantes. Elle est arrondie ou irrégulière ; ses dimensions variables, et souvent sur les muqueuses elle ne tranche que par sa coloration sur les parties voisines. La présence de l'induration spécifique lèverait les doutes ; mais nous la verrons souvent si légère et si fugace, qu'elle échappe au médecin lui-même, faute d'être expérimenté ou d'arriver à temps. Dans certains cas même elle n'occupe qu'une partie limitée de l'érosion diffuse, habituellement le point où celle-ci a débuté. De là le grand nombre des chancres qui passent inaperçus du malade, ou dont la nature est méconnue. Ils simulent parfaitement les érosions simples ; et ceci, sans nulle doute, explique l'erreur des syphilographes qui attribuent à la chaudepisse bâtarde le rôle d'accident primitif de la syphilis.

D'autres fois, sur la peau proprement dite, le chancre revêt d'autres apparences, celles d'une pustule d'ecthyma, superficiel ou profond, d'un tubercule cutané, d'éruptions diverses.

Le chancre *ecthymateux* débute sous l'apparence d'une pustule phlyzaciée ; celle-ci bientôt se recouvre d'une croûte, rarement épaisse, au-dessous de laquelle se trouve l'ulcération avec ses caractères ordinaires.

L'induration est souvent superficielle, parcheminée, quelquefois masquée par une auréole d'inflammation vulgaire qui soulève la base de la pustule ; si la croûte est mince, l'ulcération très légère, il est difficile de découvrir sa nature, et c'est ici que devient nécessaire l'étude attentive et minutieuse des commémoratifs de

la filiation des accidents. Ainsi s'explique l'erreur, et de certains médecins actuels, et surtout des premiers qui observèrent la syphilis, et la définirent une maladie pustuleuse débutant ordinairement par les organes de la génération, et s'étendant de là sur tout le reste du corps. Cette forme appartient à l'inoculation expérimentale ou à celle qui se fait accidentellement.

D'autres fois, plus large, moins saillant, le chancre revêt l'apparence d'une large papule, d'un tubercule, d'une plaque muqueuse ulcérée et indurée superficiellement. C'est la forme qui se trouve le plus fréquemment sur le sein des nourrices.

Ailleurs, c'est un tubercule analogue à ceux du sycosis. Saillie arrondie, empâtée plutôt qu'indurée, se perdant dans la peau voisine, surmontée de très légères érosions que recouvrent des croûtes minces, et dont l'induration parcheminée est souvent étouffée dans une gangue subinflammatoire. Cette forme se rencontre là où la peau est fournie de follicules pileux profonds, et c'est leur participation à l'inflammation qui sans doute produit cette apparence sycosiforme.

Dans d'autres cas, plus éloignés encore du type, on ne trouve qu'une éruption psydraciée ou squameuse, due évidemment à la modification par l'air d'une érosion très faible, et peu ou pas indurée (Bassereau).

Certains chancres ne présentent pas la même apparence sur toute l'étendue de leur surface. Une partie, exposée à l'air libre, forme un gros tubercule saillant, recouvert de croûtes ou de squames ; le reste, lubrifié par l'humidité de la région, offre une ulcération avec les caractères de l'induration spécifique.

Ce n'est pas tout encore. Dans des cas assez nombreux, tous les caractères spécifiques manquent en même temps, et cela dans les régions mêmes où nous sommes habitués à voir les types les mieux accentués, ce qui montre le rôle que jouent dans la forme et l'intensité de l'accident primitif, l'idiosyncrasie du sujet le degré spécial de réceptivité de ses tissus pour le poison morbide qui engendre le chancre ; outre ces cas d'érosions chancreuses étudiées plus haut, on voit l'infection survenir par le fait d'ulcérations à l'apparence la plus simple, la plus bénigne ; ce sont des érosions herpétiformes, des écorchures en coup d'ongle, des fissures, et rien ne peut, dans les caractères objectifs de la lésion, avertir de sa nature spécifique. Aussi pourrait-on souvent se tromper, si l'on n'avait, pour redresser le diagnostic, l'adénite indolente, qui ne fait presque jamais défaut.

Les deux éléments constitutifs du chancre infectant sont donc l'ulcération et l'induration. En dehors de toute complication, l'ul-

Pl. 34.

Fig. 1

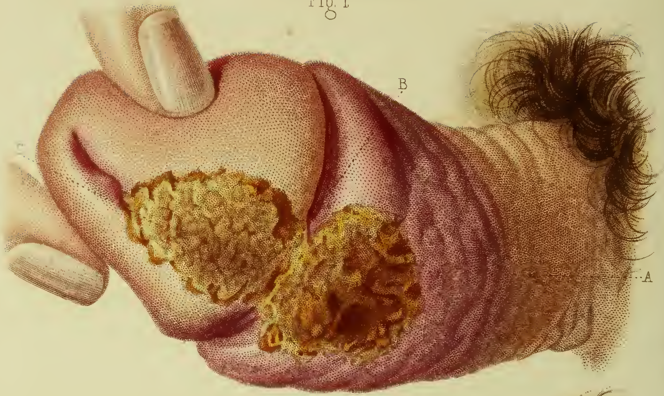


Fig. 2.

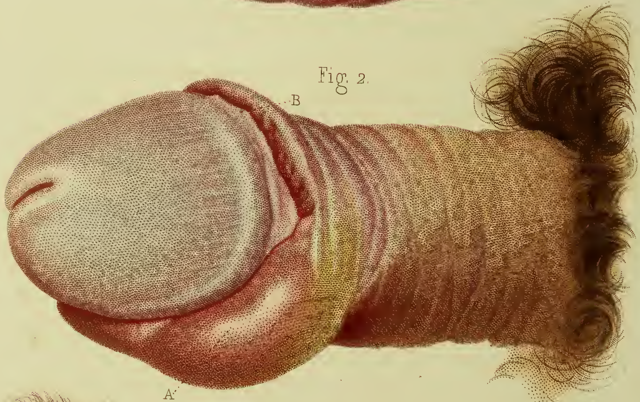


Fig. 3.



E MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp Geny-Gros

PLANCHE XXXIV.

CHANCRES INDURÉS.

Fig. 1. — A, Chancre induré parcheminé, avec gangrène moléculaire et destruction du frein, B, recouvert en partie de pus jaunâtre.

Fig. 2. — A, cicatrice d'un chancre du prépuce, avec induration persistante.

B, cicatrice du prépuce, en partie détruit par l'ulcération.

Fig. 3. — *Chancres indurés multiples.*

A, groupes de six chancres superficiels. B, chancre parcheminé superficiel, avec gangrène moléculaire. C, C, chancre à forme purulente recouverte de croûtes minces.

---

cération est toujours superficielle et ne dépasse pas l'épaisseur du derme, dont la couche la plus extérieure est le plus souvent seule attaquée. On y aperçoit quelquefois, sous forme d'un pointillé blanchâtre, les orifices des glandes sébacées non détruites par le travail morbide.

Quelquefois aussi la perte de substance paraît plus considérable, l'ulcère se creuse, mais il est très rare que le dégât soit aussi profond qu'il le paraît ; l'induration qui la sous-tend fournit à l'ulcération un aliment, c'est elle qui se détruit ; les bords, restés saillants, simulent une dépression, et quand ils s'affaissent à leur tour, on est surpris du peu d'étendue de la destruction réelle. Dans ces cas le chancre reste cupuliforme, les bords ne se décollent pas.

Mais, sous des influences étrangères à l'action spécifique, l'ulcération du chancre infectant peut subir toutes les déviations propres au travail ulcéreux lui-même, au chancre simple par exemple. La surface peut devenir saignante, fongueuse ; les bords se décollent, se taillent à pic ; le processus inflammatoire donne à la destruction une marche tout autre. soit qu'il n'y ajoute pas d'élément nouveau, que l'intensité seule diffère ; soit que le chancre subisse un véritable phagédénisme, simple, ou plus souvent gangréneux. D'autres fois la mince couche qui recouvre le fond d'un vernis nacré se change en une véritable fausse membrane, plus ou moins épaisse. Le plus souvent, et pendant un certain temps, le chancre ainsi altéré conserve encore quelques-uns de ses caractères primitifs ; la destruction n'est jamais si rapide, si profonde, que dans les autres espèces d'ulcérations ; le fond garde une certaine sécheresse, une coloration différente, d'un rouge plus sombre. Il semble exister une lutte entre les tendances modérées de l'action spécifique et les turbulentes ardeurs de la complication, et le plus souvent c'est celle-ci qui succombe.

Anatomie pathologique. — L'induration est constituée anatomiquement par l'infiltration, dans les tissus qui supportent l'ulcération, d'une matière solide, blanche, grisâtre ou rosée, lardacée, plus ou moins translucide et d'une consistance variable, allant selon les périodes, de la dureté squirrheuse à la mollesse élastique du caoutchouc. Elle est d'une apparence assez homogène.

D'après M. Ricord, elle occuperait d'abord les vaisseaux lymphatiques de l'inflammation desquels elle dérive, et envahirait consécutivement les tissus ambiants : ce serait une lymphangite capillaire avec débordement périphérique. Opinion très acceptable que vient encore appuyer la fréquence de l'engorgement des gros troncs lymphatiques émergeants, et du ganglion où ils se rendent.

Mais il lui manque la sanction de l'examen direct, la constatation physique, et nous ne pouvons l'accepter que comme une hypothèse très satisfaisante à la vérité.

Mais il est difficile d'admettre comme absolu le rapport direct d'intensité et de netteté de l'induration avec la richesse du réseau lymphatique de la région. Dans les plus favorisées à cet égard se rencontrent habituellement les types les mieux formulés, mais dans ces points mêmes il n'en est pas toujours ainsi ; on trouve souvent sur le prépuce et le gland des chancres à induration douteuse ou nulle. Certaines régions où ce phénomène est le plus fugace, le plus inconstant, ne le cèdent à aucune peut-être en vascularisation. Tel est l'orifice des organes génitaux de la femme, l'anus dans les deux sexes.

L'examen microscopique de la base indurée y a fait voir :

1° Les vestiges de la trame du tissu infiltré, fibres du tissu cellulaire et fibres élastiques cutanées.

2° Des noyaux fibro-plastiques formant une partie considérable de la masse et mêlés à un nombre au moins égal de cytoblastions, et une quantité variable de corps fusiformes fibro-plastiques.

3° Une matière amorphe interposée en quantité variable, d'après l'âge et l'apparence de l'induration. (Ch. Robin.)

Nous n'avons pas ici à discuter la valeur morphologique de ces éléments qui appartiennent également à tous les épanchements appelés communément simples, subaigus, plastiques. La genèse, le développement, la destruction et la résorption de ces éléments appartiennent à l'anatomie pathologique générale ; leur évolution obéit aux mêmes lois, leur étude est tout à fait en dehors de notre sujet.

Dans ses phénomènes intimes l'induration chancreuse se comporte donc comme les indurations plastiques vulgaires, et l'on pourrait sans doute chercher dans les conditions de la circulation sanguine la principale cause de ses variations. Elle se formulera nettement dans les points assez riches en vaisseaux pour épancher un blastème abondant, et y persistera en proportion de son abondance. Mais si la région occupée est le siége d'une activité circulatoire très grande, l'exsudat disparaîtra aussi avec une grande rapidité, et souvent même pourra à peine apparaître, la résorption, aussi puissante que le travail exsudatif, la détruisant à mesure de sa production. A plus forte raison en doit-il être ainsi lorsque l'activité normale de la circulation est encore exagérée par des irritations pathologiques si fréquentes à la vulve, au vagin, à l'anus même, dans la cavité balano-préputiale, chez un homme atteint de phimosis. Nous verrons de plus que le surcroît d'énergie imprimé

au chancre induré par l'inoculation surajoutée d'un chancre mou suffit à faire disparaître rapidement et complétement une induration notable.

A la peau, au contraire, loin des orifices muqueux, l'induration, mal formulée, diffuse, persiste longtemps dans le même état, comme si la force manquait aussi bien pour le processus morbide que pour la réaction curative consécutive.

La structure plus ou moins dense des tissus, la richesse en glandes et en follicules pileux impriment à l'induration certaines variétés de forme; l'extension régulière est plus facile dans un tissu également lâche et lamelleux. Dans un tissu dense et serré, l'infiltration de nouvelle formation se distinguera moins nettement, et ses limites seront diffuses.

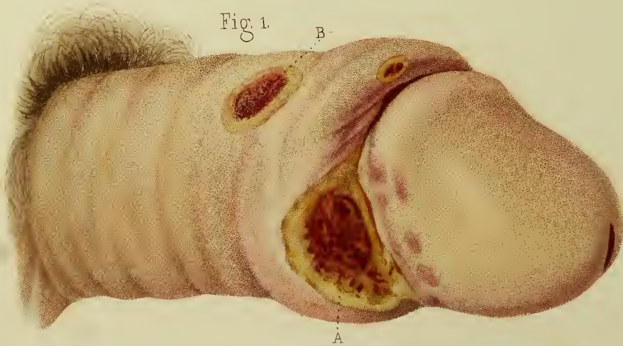
Mais il y a aussi, et des plus importantes peut-être, dans les prédispositions individuelles, des causes impossibles à analyser, à apprécier, mais nécessaires pour expliquer des variations si grandes sur des tissus identiques dans les mêmes régions, et dans des conditions de contagion parfaitement semblables.

L'épanchement plastique est en soi un événement morbide des plus vulgaires. Il doit, il est vrai, à la nature spécifique de sa cause, une marche spéciale, et conséquemment des caractères objectifs et une signification caractéristique. Mais est-il si intimement lié à l'essence de la diathèse, qu'elle ne puisse exister sans lui?

Il est généralement admis actuellement, et le fait est pour nous hors de contestation, que l'induration spécifique est, non un attribut de l'accident infectant, mais bien le premier résultat de l'infection accomplie, le premier accident constitutionnel de la syphilis. Nous verrons plus tard, et amplement, que, dans la série si régulière, relativement, des accidents de la vérole, il n'en est pas un seul qui ne puisse manquer. Dans toutes les maladies générales, il en est de même; les manifestations locales dont la cause essentielle est dans l'état modifié de l'économie entière, sont soumises, dans leur apparition et leur évolution, à une foule d'influences prises en dehors du sujet ou en lui-même, comme les conditions de milieu, d'habitudes, les prédispositions, le tempérament et la constitution. Elles sont plus ou moins difficiles à apprécier, et souvent échappent complétement. Si l'obscurité règne dans l'explication, il n'en reste pas moins établi que le fait existe pour l'induration chancreuse. Elle paraît constante dans certaines conditions de siége, de sexe, etc.; mais elle peut varier dans sa forme, son intensité, ne pas exister même, et presque toujours la cause et l'explication manquent à l'observateur. Nous verrons

Pl. 35.

Fig. 2.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Annedouche sc

Imp Geny-Gros.

PLANCHE XXXV.

CHANCRES INDURÉS.

Fig. 1. — A, Chancre du sillon balano-préputial, induration type au bord ; au centre, surface noire (gangrène moléculaire).

B, chancre parcheminé, avec gangrène moléculaire au centre.

Fig. 2. — Deux larges chancres du scrotum parcheminés, à la période d'état.

aussi que la gravité de la vérole n'est nullement en rapport direct avec l'intensité de l'induration. Son importance, très grande, ne va donc qu'à prouver, lorsqu'elle est bien constatée, la nature syphilitique de l'ulcération, son pouvoir infectant; et encore faut-il ajouter que, fatalement, dans quelques cas, le chancre induré type n'est pas suivi d'accidents constitutionnels. Bien rarement a-t-on vu un sujet vierge de syphilis échapper aux suites ordinaires de l'infection; quelques faits cependant en attestent la possibilité.

Le chancre infectant est remarquable par le peu de violence des accidents réactionnels, généraux et locaux, qu'il provoque.

La douleur est à peu près nulle, sauf complications; le malade le porte souvent un long temps sans s'en apercevoir. Il peut, toutefois, gêner les mouvements, les fonctions de la partie qui en est le siége, si surtout l'induration est considérable. Le coït dans les deux sexes, la miction, la défécation, peuvent devenir douloureux. Il en est de même de tout ce qui produit des frottements, des pression; mais spontanément la douleur est nulle, ce qui jette sur le début et la marche initiale de l'affection une singulière obscurité.

A l'état simple, il n'y a jamais de réaction fébrile, et les accidents qui surviennent plus tard doivent être mis, non sur le compte de l'ulcération primitive, mais sur celui de l'altération de l'économie par l'empoisonnement.

Les complications changent complétement ces conditions de bénignité; l'inflammation simple, phagédénique ou gangréneuse, provoque des phénomènes réactionnels variables, en rapport avec l'intensité et la nature des accidents. Mais ces accidents sont généralement peu intenses, et l'on peut dire que la bénignité locale est l'apanage du chancre induré.

Par suite des conditions les plus fréquentes de contagion, les organes génitaux, dans les deux sexes, sont le siége de prédilection, mais toutes les régions lui sont accessibles; partout où le pus virulent est implanté dans des conditions favorables, il produit le chancre. Il n'y a pas ici de ces immunités singulières, comme à la face pour le chancre simple.

Les conditions d'évolution sur les parties génitales de la femme font que le chancre y passe souvent inaperçu; il y est d'ailleurs plus rare absolument que chez l'homme, et il est difficile de faire entrer la fréquence pour les deux sexes dans une même statistique.

D'après des relevés exacts, on voit que chez l'homme la fréquence du chancre dans chaque région est proportionnée à sa participa-

tion aux actes du coït et aux pratiques variées de la lubricité. Aussi voit-on les lèvres venir, par ordre de fréquence, immédiatement après les organes de la génération, puis l'anus, et enfin d'autres régions qui ne sont que rarement intéressées dans des contacts infectants. Je veux seulement signaler en passant le fait de la rareté du chancre simple sur le fourreau, qui donne une notable proportion de chancres infectants. Ce qui me paraît devoir être expliqué par ce fait que, dans le coït, le fourreau est en contact direct et prolongé avec les grandes lèvres, lesquelles sont le siége de prédilection des plaques muqueuses; aussi l'infection première doit-elle avoir plus de tendance à s'effectuer sur cette portion de la verge que sur le gland, qui peut rencontrer un vagin très sain, alors même que la vulve est occupée par un symptôme contagieux.

La dispersion sur la surface du corps est soumise aux mêmes lois, mais nous trouvons pour la femme un autre ordre de cause qui vient ajouter ici, ainsi que dans la première enfance, un nouveau mode de contamination. La bouche chez le nouveau-né, le sein chez la nourrice, sont soumis pendant la lactation à une intimité de rapports qui produit de nombreuses contagions; la fréquence de ces dernières n'a pas encore été étudiée comparativement à celle de la contagion ordinaire. Question oiseuse pour la clinique, mais non sans importance pour l'hygiène.

C'est au niveau des orifices muqueux, là où le tégument transformé participe à la constitution à la fois de la peau et de la muqueuse, que le chancre infectant revêt le plus volontiers sa forme parfaite. A la face interne du prépuce, des lèvres vulvaires et buccales, on trouve l'induration bien caractérisée, l'ulcération typique. Mais, dans ces points mêmes, il n'en est pas toujours ainsi. Sur le gland, l'induration peut revêtir toutes les formes. Moins bien limitée, moins facile à apprécier, dans les cas ordinaires, elle peut parfois prendre une extension singulière, envahir toute la partie : cela est le cas cité par M. Ricord, d'un chancre à induration considérable et diffuse, qui fut pris pour un cancer. L'amputation allait être pratiquée, quand un diagnostic plus précis arrêta le couteau déjà levé de l'opérateur, et permit une guérison par le traitement spécifique.

Mais l'induration peut aussi être parcheminée, légère et même non appréciable. L'ulcération, souvent très superficielle et diffuse, offre les caractères d'une érosion simple, c'est la *balanite chancreuse*. Sur le fourreau de la verge, quelquefois à la face externe des grandes lèvres, on trouvera l'induration à forme annulaire.

A la peau proprement dite appartiennent les formes ecthymateuses, furonculeuses; là, sous l'influence du contact de l'air, la sécrétion, peu abondante, se dessèche et forme des croûtes, des écailles adhérentes, qui, comme nous l'avons vu plus haut, dénaturent l'apparence extérieure de la lésion, et la croûte ainsi formée diffère notablement, par son peu d'épaisseur, son adhérence, de la croûte grosse et soulevée par le pus du chancre mou de la peau.

Sur les muqueuses, les caractères sont généralement atténués, et l'ulcération, très superficielle, se distingue plutôt par sa coloration que par la dépression de sa surface.

Comme chez la femme les chancres des muqueuses se trouvent le plus fréquemment à l'entrée du vagin, que bien souvent on arrive trop tard pour constater l'induration, on en est venu à la considérer comme manquant fréquemment. Tel n'est pas l'avis de M. Ricord. Il affirme, en effet, que toujours, lorsqu'on observe à une période convenable, avec le soin et l'habileté nécessaires, on doit la trouver, et il nie complétement toute immunité de siége et de sexe. Il l'a, en effet, trouvée très nettement formulée à la vulve, dans le vagin, à l'intérieur même du rectum. Certes, les faits qu'invoque notre éminent collègue sont incontestables; mais cliniquement, la doctrine perd une grande partie de sa valeur. Quelle que soit l'interprétation, l'induration peut manquer; le chancre se présente sous la forme d'une ulcération molle, et même dénuée de tout caractère spécifique, et ce n'est qu'à l'aide de signes pris en dehors d'elle-même que sa nature peut être reconnue. Telle est la rapidité d'évolution, la difficulté de l'exploration, que l'examen le plus minutieux donne des résultats douteux ou nuls. Nous nous sommes expliqué sur la question doctrinale, dont nous réservons les déductions pratiques.

Le virus peut pénétrer normalement, ou d'une manière insolite, jusqu'au fond des cavités naturelles, et y produire la contamination. L'examen plus approfondi des malades, l'emploi du spéculum, ont jeté une vraie lumière sur ce point de la syphilographie.

Les chancres de la langue, des amygdales, sont assez semblables à ceux du gland; situés dans des fissures, ils offrent une surface grisâtre, sur un fond induré, souvent mal limité.

Le chancre induré du vagin est rare, celui du col l'est beaucoup moins. Ce qui l'a souvent fait méconnaître, c'est que ses caractères propres n'y sont pas très tranchés, c'est que l'ulcération, parfois superficielle, comme dans certaines balanites parcheminées, l'a fait confondre avec les ulcérations granuleuses de

Pl. 36.

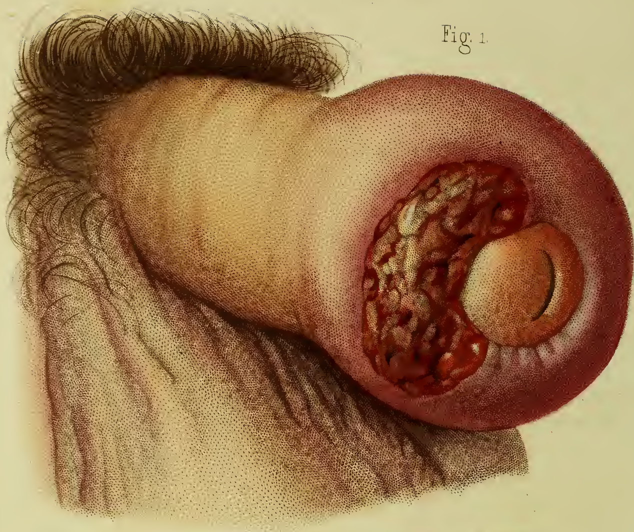

Fig. 1.

Fig. 2



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

PLANCHE XXXVI.

CHANCRES INDURÉS.

Fig. 1. — Chancre infectant du prépuce, avec gangrène et œdème du fourreau masquant l'induration.

Fig. 2. — Chancre phagédénique (décorticant) du fourreau, avec induration parcheminée, en voie de réparation.



nature simple. C'est aussi que le col, ne pouvant être touché que par l'extrémité du doigt, l'induration ne peut pas être perçue, puisqu'il est impossible de la saisir et de la presser comme on peut le faire à l'extérieur, à moins d'un abaissement considérable, comme cela est arrivé à M. Ricord, qui a observé un utérus en prolapsus, sur le col duquel siégeait un chancre induré des mieux accentués, qui put être reconnu par la palpation directe de sa base.

Le siége du chancre peut être tel, qu'il soit impossible de le mettre à découvert.

Dans le cas de phimosis congénital ou accidentel, on ne peut voir les ulcérations qui siégent à la face interne du prépuce ou sur le gland. Souvent alors la palpation permet de reconnaître l'induration, à travers le voile membraneux qui la recouvre.

Mais de tous les chancres de cette espèce, le plus important est sans contredit celui qui occupe l'intérieur de l'urèthre, chancre signalé par Astruc, et démontré, pièces en main, par M. Ricord. J'ai longuement traité cette question à propos de la blennorrhagie, et j'ai démontré que l'étude clinique permet le plus souvent d'arriver au diagnostic.

L'ulcération siége, en général, vers la partie antérieure du canal, la fosse naviculaire, mais elle peut occuper aussi les régions membraneuse et prostatique, et c'est alors qu'elle mérite bien le nom de chancre *larvé*, sous lequel est connu le chancre induré des profondeurs de l'urèthre.

Au méat urinaire, l'écartement des bords permet de le mettre à découvert totalement ou en partie. Situé plus profondément, il n'offre plus que des signes indirects de sa présence.

Le premier est la douleur accusée sur un point toujours le même et bien limité du canal, exaspérée par la pression, ainsi que par le passage de l'urine, l'introduction d'une sonde, ou seulement par la distension de l'érection. Au niveau du point douloureux existe un noyau d'induration, formant quelquefois un gonflement visible, d'apparence plus ou moins inflammatoire. L'induration est très variable d'intensité, presque toujours elle est bornée à une partie de la circonférence du canal, et ne forme pas un tube ou un anneau complet comme dans l'uréthrite parenchymateuse. Pour la bien percevoir, il faut saisir la verge, non pas latéralement, mais d'avant en arrière.

Le chancre uréthral s'accompagne d'un écoulement blennorrhoïde peu abondant, mal lié, séro-purulent, très souvent rouillé, et mêlé de stries de sang. On y trouve quelquefois des détritus organiques, mais ce phénomène appartient plutôt à la

variété simple du chancre, et non au chancre infectant, sauf les cas de déviation gangréneuse ou diphthéritique. On voit tout de suite combien ces caractères sont différents de ceux de l'écoulement blennorrhagique ordinaire. La présence du sang sous forme de stries est très importante en ceci, qu'elle n'appartient guère à la blennorrhagie simple, sans complication inflammatoire. Mais si une véritable uréthrite existe avec le chancre larvé, les caractères de l'écoulement sont dénaturés, et celui de l'ulcération spécifique se noie, pour ainsi dire, dans le flux catarrhal, plus épais et plus abondant.

Début, marche, terminaison. — Par suite de son indolence, le début du chancre est extrêmement insidieux, et passe souvent inaperçu.

La première question qui se présente à nous est celle de l'incubation. Existe-t-elle réellement? Combien de temps après la contamination apparaît le travail morbide?

La solution de ce problème est bien controversée, et grande est la difficulté du contrôle clinique sur ce point. La plupart du temps, le médecin n'est consulté qu'à une époque éloignée du début des accidents, qui souvent même échappe aux malades.

D'après le témoignage de ceux-ci, il faudrait, le plus souvent, admettre une incubation prolongée, des semaines, des mois. Nous savons combien ces témoins sont suspects; l'ignorance, la négligence des soins de propreté, si fréquente dans toutes les classes de la société, trompent le malade lui-même, qui, fréquemment, ajoute à ces obscurités celles de la mauvaise foi. Il veut cacher la source de son mal, l'époque de la contagion, et il attribue à un coït ce qui est l'effet d'un autre qu'il croit ne pas devoir soupçonner. Cependant il ne faut pas exagérer le scepticisme. Il y a des malades très véridiques, soigneux, intelligents, qui peuvent indiquer avec certitude la source et la date de l'infection.

La plupart des auteurs admettent l'incubation comme un fait habituel, mais dans des limites de temps extrêmement variables.

L'accident primitif, dit Hunter, peut survenir dans les vingt-quatre heures, mais aussi des semaines et même des mois après l'infection.

Cette opinion était généralement acceptée jusqu'à l'époque où M. Ricord nia toute incubation, l'expliqua par l'indolence de l'ulcération, la négligence des malades, et qualifia de période d'inobservation le laps de temps écoulé entre le moment de l'infection et celui de l'apparition du chancre.

Cette opinion de M. Ricord était basée sur les innombrables

inoculations faites sur le malade lui-même, et avant la distinction des deux variétés du chancre; mais depuis on peut dire que la lumière s'est faite sur ce point si controversé.

L'inoculation des accidents secondaire, volontaire ou accidentel, est venue montrer toute une série de contagion, où l'incubation prend une longueur à peine soupçonnée, et dépassant de beaucoup les quelques jours demandés par les cliniciens. Dans toutes ces observations, elle avait duré plusieurs semaines, et ce n'était pas une des moindres raisons qu'invoquait M. Ricord pour leur refuser toute valeur. Il n'avait jamais vu, et nous le comprenons bien maintenant, un tel intervalle de temps entre la pointe de sa lancette et l'accident produit.

Le chancre induré lui-même a été inoculé à des sujets vierges d'infection antérieure. Ces faits ne sont pas tous livrés à la publicité, mais il en existe déjà un certain nombre dans la science, et tout en manifestant une grande répugnance pour ce mode d'études, nous devons néanmoins tirer parti des connaissances qu'il nous a procurées.

M. Rollet, englobant dans le même total les résultats de quinze inoculations positives, dont trois provenaient d'accidents primitifs, a trouvé pour l'incubation une moyenne de vingt-cinq jours, et un minimum de neuf. Pour lui, l'incubation est un des caractères du chancre syphilitique. MM. Gibert, Rinecker ont cité des faits du même genre. MM. Poncet, A. Fournier, Diday ont produit des statistiques d'inoculations de chancres indurés. La moyenne générale de tous ces cas est de dix jours, variant selon les auteurs de cinq (Fournier) à quatorze (Diday).

D'autres ont cité des faits contradictoires. M. Melchior Robert admet l'incubation comme possible pour le chancre provenant d'accidents secondaires, mais il affirme ne l'avoir jamais vue, dans l'inoculation du chancre, soit au sujet lui-même, soit à un individu non syphilitique.

Comme le fait remarquer lui-même cet expérimentateur distingué, il est impossible d'accorder les faits observés par lui avec ceux que nous avons cités plus haut, et qui nous semblent établir positivement la réalité de l'incubation, et ses limites approximatives. Elle existe dans le plus grand nombre des cas, mais sa durée peut varier selon les conditions de la contagion, plus longue lorsque le pus provient d'un accident secondaire, plus longue encore dans l'inoculation expérimentale que dans la contagion physiologique de la copulation.

Il n'est pas étonnant que les choses ne se passent pas de même dans tous ces cas. Pour nous, qui ne voyons pas de différence



avesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

PLANCHE XXXVII.

CHANCRES INDURÉS.

A, cicatrice d'un chancre induré du fourreau.

B, large chancre induré du bas-ventre, produit par l'inoculation consécutive du précédent.

---

essentielle de nature entre les deux formes du chancre, nous ne devons pas être étonné de la transition graduée qui lie par une chaîne non interrompue ces deux espèces morbides. Selon les conditions de provenance, les prédispositions individuelles, locales ou générales, le chancre reste mou et simple, ou bien s'indure et infecte l'économie, apparaît immédiatement après la contamination, ou seulement après un temps variable.

De tout temps, on a invoqué cette différence d'intensité entre des virus de provenances diverses, et il y a du vrai dans cette opinion, si vigoureusement attaquée dans ces derniers temps. Nous voyons, en effet, certains accidents s'inoculer toujours, et dans toutes les conditions, d'autres dans certains cas seulement, qu'il est souvent impossible de prévoir. On connaît les résultats si variables de l'inoculation des accidents secondaires; le chancre induré lui-même ne s'inocule pas constamment aux sujets vierges de toute infection antérieure. Il existe sur ce point des immunités inexpliquées. Cette atténuation du virus se manifeste aussi par la lenteur de ses effets, et par la moindre intensité du travail morbide. Le pouvoir contagieux des accidents semble diminuer avec leur ancienneté; la résistance de l'économie plus difficile et plus longue à vaincre.

Dans la contagion par le coït, les circonstances ne sont plus les mêmes que dans la simple insertion du virus sous l'épiderme. Si l'éréthisme local ou général n'est pas une condition nécessaire de l'absorption, il n'en est pas moins vrai qu'il la favorise singulièrement. Les tissus sont fortement congestionnés, leur circulation activée, toutes les fonctions organiques excitées, exagérées même, comme le prouve l'abondance des sécrétions.

Dans le second cas, rien de tout cela. Le poison est déposé à à froid par une simple piqûre de la peau, que ne modifie aucune excitation préliminaire, et dont l'activité vitale n'est nullement provoquée. Ceci rend compte, jusqu'à un certain point, de la différence de rapidité du travail morbide. Dans certains cas, l'incubation paraît à peu près nulle, et des faits authentiques montrent le chancre induré s'établissant presque immédiatement après la contagion. N'est-ce pas une des lois les plus générales de la pathologie que les parties soumises à une excitation normale ou pathologique ressentent plus fortement et plus rapidement l'action des modifications internes ou extérieures?

De cette étude, il résulte pour nous que l'incubation du chancre induré est un fait acquis à la science. Elle est de quelques jours à un septénaire dans la contagion physiologique par le chancre induré lui-même. Dans les autres conditions, c'est-à-dire dans

la contagion secondaire, elle se prolonge jusqu'à plusieurs semaines.

Quel est l'élément qui constitue le chancre à son début? La forme initiale est la même que celle du chancre mou, une vésico-pustule ou une ulcération d'emblée.

Pour le chancre infectant, la pustule initiale ne se rencontre pas fréquemment ; elle a même été niée par des observateurs distingués. L'ulcération primitive est la forme habituelle, mais ce n'est pas tout. Les inoculations artificielles ont souvent montré, après une incubation assez longue, un point saillant rouge, une papule ou un petit tubercule naissant sous la cicatrice, quelquefois effacée de la piqûre. On peut donc concilier avec les faits l'opinion, exagérée toutefois, de Babington. Pour l'annotateur d'Hunter, l'induration serait, le plus souvent, le phénomène initial, l'ulcération lui étant consécutive ; opinion basée sans doute sur cette forme papuleuse ou tuberculeuse que nous indiquons, et qu'on n'avait pas généralement admise. Puis la saillie se recouvre de croûtes, sous lesquelles se trouve l'ulcération spécifique, avec les caractères que nous avons indiqués. C'est l'apparence assez nette d'un ecthyma superficiel, mais sans période pustuleuse proprement dite. Telle est la marche le plus souvent observée dans l'inoculation des accidents secondaires. L'ulcération ainsi établie, d'emblée ou consécutivement, prend une extension généralement limitée; elle tend à la forme régulièrement circulaire, s'accordant toutefois aux irrégularités de la région, et ressentant, dans certains cas, l'influence de la plaie qui a donné entrée au virus. Au début, les bords sont taillés à pic; le fond de l'ulcère est plus ou moins rosé; puis rapidement s'établissent les caractères spécifiques; les bords s'affaissent, la plaie devient sèche, d'un rouge sombre, d'un gris nacré dans les régions naturellement humides où les produits d'exhalation ne peuvent se concréter. Nous avons longuement indiqué ce qui se passe dans le cas contraire.

Cependant se manifeste l'induration. « Elle apparaît, le plus souvent, vers la fin du premier septénaire après le coït contagieux, se prononce plus nettement dans les jours qui suivent. On ne l'a jamais vue avant le troisième jour, et il est rare qu'elle tarde plus de huit jours. Si elle n'existe pas dans le second septénaire, elle ne se produit plus ; c'est un accident de début. » (Ricord.)

Nous admettons dans la généralité des cas l'opinion de notre savant confrère, mais nous avons vu que l'apparition du chancre lui-même ne se fait pas à une époque aussi précise qu'il le prétend, et les chiffres indiqués perdent ainsi de leur valeur. L'induration

apparaît généralement peu de jours après l'ulcération, mais il nous semble impossible de préciser davantage. Quelquefois elle tarde un peu, et il ne faut pas trop se hâter d'absoudre une ulcération qui n'est pas nettement indurée à l'époque fixée.

Ce sont les faits d'induration très tardive d'ulcérations qu'on avait pu croire de nature molle qui ont fait admettre par quelques auteurs la possibilité, sur le même sujet et sur la même place, du chancre mou et du chancre induré, chancre mixte de M. Rollet, combinaison que l'expérimentation peut produire accidentellement, mais qui ne constitue pas une espèce à part capable de se propager avec son double caractère, et qui jusqu'à présent n'a servi cliniquement qu'à expliquer certaines observations embarrassantes pour la théorie de la dualité.

La marche de l'induration est généralement lente, régulière et graduelle, atteignant insensiblement son maximum vers le second ou le troisième septénaire. Quelquefois cependant elle présente des soubresauts, des alternances d'arrêt et d'accroissement subit. Restée légère au début pendant un certain temps, elle se réveille dans quelques cas et marche rapidement à un volume considérable.

Arrivé ainsi à sa période d'état, le chancre ne tarde pas à subir une modification. Le fond se déterge, perd sa coloration grisâtre ou sombre, s'anime et se recouvre de bourgeons charnus qui en élèvent légèrement la surface. Les bords s'affaissent lentement, et une pellicule cicatricielle s'étend de ceux-ci vers le centre.

L'induration décroît, mais au moment de la cicatrisation complète, elle persiste assez nette pour conserver au chancre son apparence spéciale, sauf la perte de substance, qui constitue une légère dépression cicatricielle.

Sur les muqueuses, celle-ci disparaît assez vite, sans laisser de traces visibles. Sur la peau, au contraire, il se forme souvent sur le bord de cette cicatrice gaufrée, comme vaccinale, une tache bronzée, pigmentaire, tout à fait caractéristique, qui reste longtemps le stigmate de l'affection, et qui permet souvent de faire le diagnostic rétrospectif d'un chancre accusé par le malade.

La marche de la cicatrisation est variable. Il est difficile d'en préciser la durée. Dans certains cas elle est complète quelques jours après le début ; le plus souvent elle dure de trois à quatre septénaires, et peut même se prolonger beaucoup plus d'après l'étendue de l'ulcération et les conditions où se trouve le malade, comme aussi certaines circonstances locales ou celles de causes internes, l'état de santé, la constitution, l'hygiène, toutes les causes, en un mot, susceptibles de produire des accidents inflam-

Pl. 38.

Fig. 2.

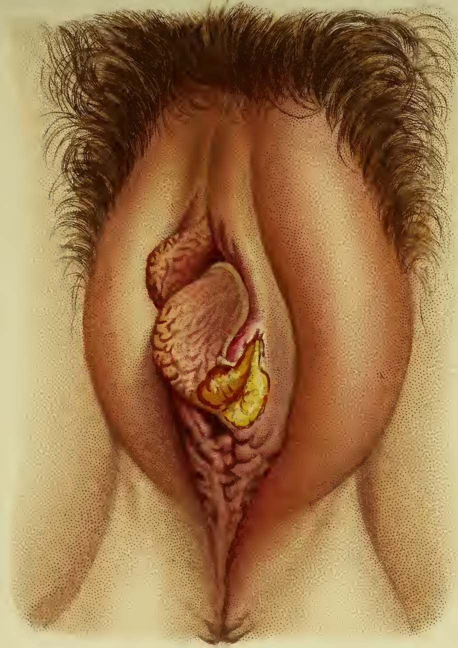
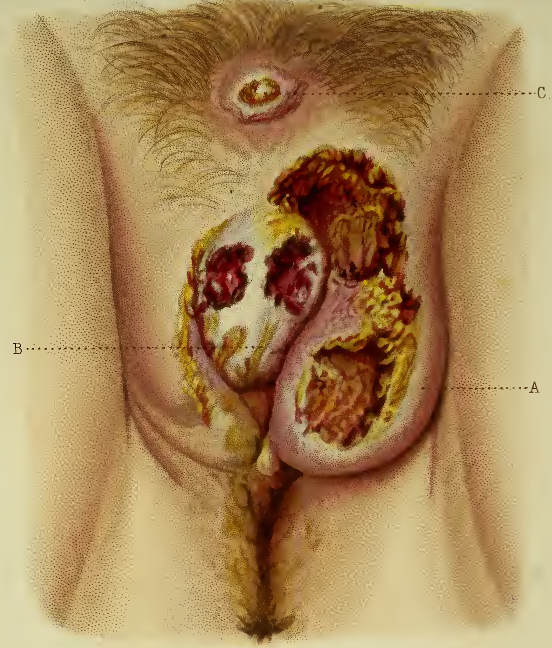


Fig. 1.



Davesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

PLANCHE XXXVIII.

CHANCRES INDURÉS.

FIG. 1. — *Chancres indurés multiples de la vulve, avec gangrène superficielle et œdème dur des parties sous-jacentes.*

A, gonflement considérable des grandes et des petites lèvres, surtout à gauche. Le clitoris et son capuchon, B, sont en partie détruits, et leurs débris considérablement tuméfiés et déformés.

C, petit chancre pustuleux dans les poils du pubis.

FIG. 2. — Chancre induré sur la face externe de la petite lèvre gauche vers sa partie inférieure, et dans un point où, très longue et flottante, elle forme un pli assez profond (période d'état).

matoires, et qui peuvent, sans aller jusqu'au phagédénisme, enrayer la marche de la guérison et modifier les conditions de vitalité des tissus.

Il ne faut pas confondre avec une véritable complication l'engorgement des tissus qui supportent le chancre, et qui existe presque constamment dans certaines régions, à la vulve par exemple, dont les lèvres sont souvent augmentées de volume d'une manière considérable par un œdème dur, sorte d'infiltration séreuse et même plastique, indolente et d'apparence éléphantiasique. Cet accident, dû à la structure des tissus, est presque caractéristique du chancre des grandes lèvres ; il disparaît lentement et persiste longtemps après la guérison de l'ulcération.

Quelquefois le chancre, après être entré dans sa période de résolution et avoir perdu ses caractères spécifiques, se recouvre de bourgeons exubérants, plus ou moins fongueux, qui élèvent sa surface : c'est une forme connue sous le nom d'*ulcus elevatum*.

Ces bourgeons peuvent se transformer en véritables végétations, qui n'ont plus rien de spécifique, et se comportent ultérieurement comme les végétations simples qui se développent sur d'autres tissus.

Le chancre infectant peut encore offrir une autre terminaison ; c'est la transformation sur place (*in situ*) en plaque muqueuse, transformation que deux de mes élèves distingués, MM. les docteurs Deville et Davasse, ont très bien étudiée dans mon service à l'hôpital de Lourcine, et qu'ils ont décrite dans le mémoire publié en 1845 dans les *Archives de médecine*.

Au lieu de se recouvrir d'une cicatrice régulière, la surface du chancre devient alors rouge, granulée, saillante. Une sécrétion plastique blanchâtre s'étend des bords de la plaie vers le centre, et lui donne ainsi l'apparence d'une plaque muqueuse à son parfait développement. Par suite de la marche spéciale de la transformation, les bords peuvent être déjà modifiés, alors que le centre, encore ulcéré et grisâtre, a conservé ses caractères chancreux. Ceci arrive en général du vingtième au cinquantième jour d'existence du chancre. La lésion suit ultérieurement la marche propre à la vraie plaque muqueuse d'emblée.

Cette transformation se rencontre dans les deux sexes, mais elle est beaucoup plus fréquente chez la femme. M. Rollet va jusqu'à en faire une forme spéciale au sexe féminin, quelque chose d'analogue à l'induration chez l'homme. Il la désigne sous le nom de papulation. Cette distinction n'est pas vraie, prise absolument, elle ne représente que le fait le plus général et soumis à de nombreuses exceptions.

La papulation du chancre se rencontre dans toutes les régions, à la vulve surtout, à la bouche, au mamelon, sur la peau, mais de préférence aux orifices muqueux, là où la plaque muqueuse trouve ses conditions de développement les plus favorables : humidité continue, protection contre le contact de l'air, frottements doux, mais toujours irritants, des parties voisines.

Ce phénomène est bien facile à expliquer. Le chancre, en effet, infecte rapidement l'économie. Lorsqu'il est arrivé à son complet développement, l'empoisonnement est déjà accompli, encore que les manifestations secondaires n'aient pas déjà éclaté. Le travail morbide qui constitue l'évolution du chancre, prédispose la région à ressentir les effets de la cause générale ; il est lui-même une épine irritante qui, en produisant un afflux local, favorise l'apparition de l'accident constitutionnel. Celui-ci, profitant du travail déjà fait, se greffe sur l'accident primitif, et, grâce aux facultés qu'il trouve sur ce point, précède les autres manifestations constitutionnelles.

Mais cette transformation n'appartient pas exclusivement au chancre induré, comme on l'a prétendu. S'il existe en même temps des chancres mous, ceux-ci agissent localement d'une manière identique, et sans qu'eux-mêmes infectent l'économie, quoique ce soit possible, on les voit très bien se transformer *in situ* en plaques muqueuses. Lorsqu'ils sont en voie de cicatrisation, ils ont perdu leurs caractères propres, leur virulence, et le travail morbide, n'étant plus guidé par l'impulsion supérieure du travail ulcéreux spécial, rentre sous la loi des dispositions générales du sujet. Des plaies simples, des irritations locales vulgaires, sont très souvent la cause occasionnelle de l'apparition des accidents locaux, et de la plaque muqueuse surtout, chez un individu infecté.

Il ne faut pas confondre avec la vraie papulation certains chancres dont les bourgeons charnus, recouverts d'une pellicule blanchâtre, la simulent parfaitement, même s'il s'agit d'un chancre mou, alors que dans les fissures profondes et ulcérées se cache encore le pus inoculable. C'est une question de diagnostic.

Mais après que tout le reste a disparu, nous trouvons encore l'induration, dont l'évolution complète est beaucoup plus lente que celle des phénomènes concomitants.

Quelquefois elle se résorbe vite, et si elle a été peu considérable, elle disparaît avant la cicatrisation. Ce qui se voit surtout, avons-nous dit, chez la femme.

Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, surtout si elle a été volumineuse, et elle survit au chancre, conservant ses caractères, qui se modifient lentement. Elle perd sa dureté ligneuse, devient

compressible, élastique, *gélatiniforme*, fond pour ainsi dire graduellement, et au bout d'un certain temps, par suite de la résorption interstitielle, son volume diminue en même temps que sa consistance, et elle finit par disparaître au milieu des tissus qui reprennent leur souplesse normale.

La survie de l'induration est un phénomène ordinaire, non-seulement pour la forme profonde, hémisphérique, mais aussi pour celle qui mérite le nom de parcheminée. Mais, nous l'avons dit, elle est en général proportionnée à l'intensité. Le plus souvent elle disparaît insensiblement et sans interruption dans sa marche décroissante, et l'on peut, dans des cas exceptionnels, alors qu'elle existe seule, la voir prendre un accroissement subit, à une ou à plusieurs reprises, après avoir déjà éprouvé un commencement de résolution.

La durée de cette survie est très variable ; elle est la règle au bout de deux à trois mois. Elle diminue à mesure qu'on dépasse cette époque ; après huit ou neuf mois, elle est exceptionnelle, mais on l'a vue quelquefois sur le gland et le prépuce, des années après la cicatrisation.

Le noyau induré peut même persister indéfiniment. Mais vraiment on n'a plus affaire ici à l'induration spécifique. L'épanchement qui s'est fait sous l'influence de la diathèse prend droit de domicile dans l'économie, à la manière d'un épanchement plastique vulgaire, d'une induration cicatricielle. Il n'a plus aucune tendance à disparaître, et se soustrait aux lois d'évolution des accidents de la vérole. Cette persistance, momentanée ou indéfinie, de l'induration, ne doit pas être perdue de vue quand on lit les observations de chancres indurés répétés sur le même sujet, observations qu'il ne faut certes pas nier d'une manière absolue, mais que je crois infiniment plus rares que quelques auteurs ne le prétendent. Un chancre mou et même une ulcération exempte de toute virulence se développent sur une induration ancienne non résorbée, et peuvent facilement en imposer et faire croire à une infection nouvelle.

Notons encore un mode de terminaison de l'induration. Lorsque le travail ulcéreux acquiert de grandes proportions, dans le vrai phagédénisme surtout, le noyau induré est la première proie de la destruction et peut entièrement disparaître. Ce chancre, qui avait été d'abord nettement induré, perd ainsi sa physionomie spécifique, tout en conservant sa nature et ses propriétés infectantes.

Étiologie. — Le chancre induré résulte toujours d'une inoculation physiologique ou artificielle. Il n'y a aucune restriction à cette proposition, et personne, à notre époque, n'en peut douter. Nous

Pl. 39



Davesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp Geny-Gros.

PLANCHE XXXIX.

CHANCRES.

A, chancre de la rainure interfessière.
B, condylome de l'anus.



avons donc à examiner ici l'espèce de lésion que peut produire la contagion, les conditions matérielles de celle-ci, et enfin l'état de l'individu qui la subit, trois éléments qui se rencontrent dans chaque fait pratique.

La condition absolue de la production du chancre c'est la présence d'une humeur provenant d'un sujet syphilitique, exclusion faite de la blennorrhagie et de ses dérivés, que nous avons distingués, d'une manière absolue, de la vérole, et qui n'offre aucun rapport de nature ni de filiation avec elle. La syphilis seule engendre la syphilis, et en particulier l'accident primitif qui en fait partie intégrante, qui est le début obligé de la syphilis acquise. Il peut provenir d'un chancre induré, infectant proprement dit, d'un chancre mou avec ses caractères ordinaires de simplicité; d'un accident secondaire, en particulier de la plaque muqueuse dans ses diverses formes, et des humeurs produites par certaines éruptions chez un individu infecté; du sang de syphilitique, ce qui n'est plus douteux depuis les remarquables expériences de Pellizari.

La contagion du chancre induré se reproduisant dans son espèce, est un fait accepté de tous, comme de tout temps. L'humeur qu'il exhale est éminemment contagieuse. Quoiqu'il soit bien difficile de remonter à la cause de l'accident qui s'offre au médecin, on a pu cependant établir des confrontations assez nombreuses et qui prouvent nettement la fréquence de celle-ci : telles sont celles de MM. Bassereau et Fournier. Mais les particularités de cette aptitude à se transmettre sont beaucoup moins bien connues. On ne sait trop à quel moment elle commence, quand elle finit. La présence de l'ulcération est ici nécessaire ; c'est le fait capital. La puissance contagieuse semble être à son maximum pendant la période d'état, alors que sont réunis tous les caractères typiques sur lesquels nous avons insisté. Elle s'affaiblit et disparaît en même temps que ceux-ci, et le chancre induré, réduit à l'état de plaie simple, semble avoir perdu son pouvoir de transmission en même temps que sa forme spécifique. Mais en pratique cette opinion serait, selon nous, dangereuse, elle n'a pas le caractère de certitude nécessaire pour sauvegarder les intérêts sociaux qu'elle met en jeu, et il resterait toujours difficile d'apprécier le temps où ces conditions d'innocuité s'établissent.

Mais nous verrons que le chancre n'est pas toujours et fatalement inoculable, et il ne serait pas exact de répéter, comme quelques-uns se sont plu à le dire, que tous les hommes sont égaux devant l'inoculation.

Les complications qui surviennent et dénaturent les attributs de

l'ulcération, modifient aussi son pouvoir contagieux : tels sont le phagédénisme et la gangrène, qui peuvent lui enlever ses propriétés.

La genèse du chancre induré par le chancre mou est une question beaucoup plus délicate. Dans certains cas elle n'est pas douteuse. On en possède maintenant un bon nombre d'exemples bien observés. Comme ce n'est pas le fait ordinaire, et que cela semblait une exception, presque une incompatibilité, on a recherché les conditions dans lesquelles ces faits peuvent se produire. Le plus souvent le chancre mou bien caractérisé se reproduit dans son espèce, quelles que soient les conditions de la contagion. Comment donc expliquer ces anomalies, d'autant plus étranges qu'on les observait au moment même où naissait la doctrine de la dualité chancreuse.

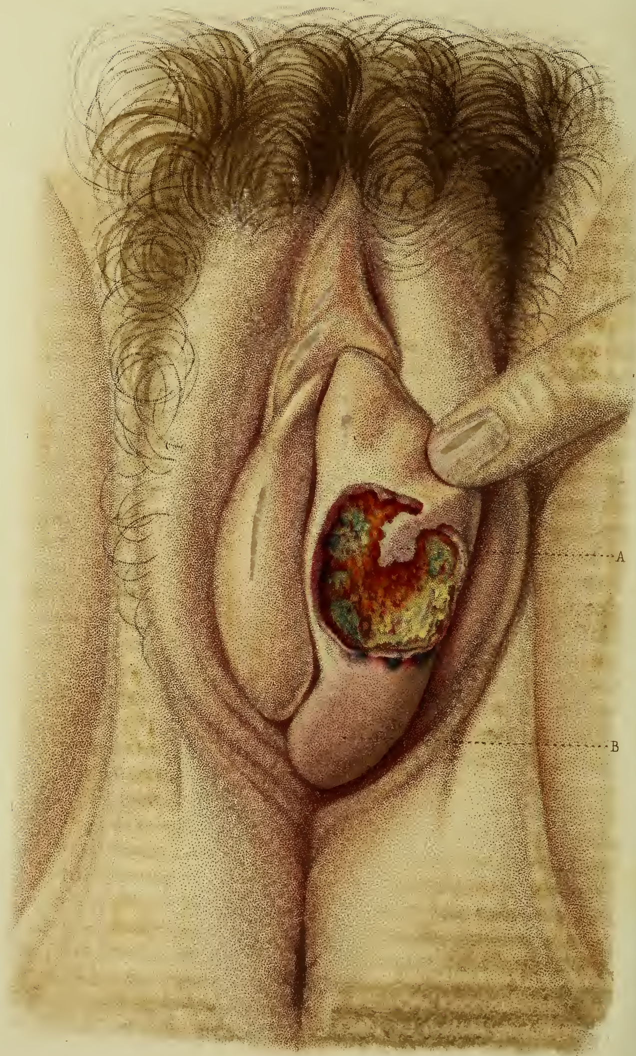
Les chancres mous, source du chancre infectant d'inoculation ou de contagion, n'offraient rien de particulier, rien qui pût faire prévoir la différence des résultats : fond gris, jaunâtre, pultacé, bords taillés à pic, absence d'induration et de retentissement ganglionnaire. C'était donc un masque bien adroitement fixé, si toutefois la nature n'était pas la même. On sait que pour M. Clerc le chancre mou doit être considéré comme une espèce morbide distincte, essentielle même, qui, née du chancre infectant, se reproduit ensuite dans son espèce avec ses caractères propres d'ulcération simple ayant perdu désormais tout pouvoir infectant ; c'est ce qu'il appelle chancroïde par suite de la comparaison et de la différence qu'il admet entre la variole et la varioloïde. Cette théorie, assez séduisante d'ailleurs, n'a pas résisté à l'observation; pas plus que les idées sur lesquelles elle s'appuyait, et qui, nées de cas particuliers, sont complétement repoussées par l'étude clinique de la filiation de plusieurs chancres, aussi bien que par l'observation approfondie des fièvres éruptives. La varioloïde n'est nullement une espèce morbide distincte de la variole, c'est un nom donné à des formes atténuées de celle-ci, et rien de plus. Quand on a vu le chancre mou produire le chancre induré, il a fallu renoncer à cette comparaison, et songer à établir autrement la dualité fortement compromise.

C'est sur des sujets antérieurement vérolés que se trouvent ces cas de chancre mou, produisant par contagion un chancre induré. Les faits semblables ne sont pas rares ; j'ai le premier, à la Société de chirurgie, en 1855, donné une observation de cette espèce, et depuis, d'autres exemples en ont été fournis par quelques auteurs, parmi lesquels je citerai MM. Ricord, Melchior Robert et Fournier.

Pour les expliquer on a dit : un individu syphilitique actuellement ou antérieurement, s'il contracte un chancre, celui-ci, qui devra rester mou par suite de la loi qui veut que la vérole ne se double pas, pourra être transmis sous la forme molle ou sous la forme indurée, suivant sa provenance. S'il vient d'un chancre mou, il ne pourra engendrer que le chancre mou ; que si, au contraire, il provient d'un chancre induré, c'est un chancre induré qu'il produira, tout en restant mou lui-même pendant son évolution. Raisonnement très acceptable assurément, s'il reposait sur des données cliniques certaines, mais dont on aperçoit tout de suite le défaut, quand on songe que pour résoudre le problème, trois éléments souvent bien difficiles à se procurer, sont indispensables, à savoir : le premier malade, celui qui sert d'intermédiaire, et le troisième contaminé.

Il faut ajouter que le chancre mou d'un sujet syphilitique est exactement semblable à celui d'un sujet vierge, et soit qu'avec M. Maratray on l'appelle *chancroïde*, ou avec M. Diday, *induroïde*, toujours est-il que son diagnostic avec le chancre mou le mieux caractérisé, et à quelque degré que l'on remonte de sa provenance, est tout à fait impossible, ce qui m'a fait dire qu'en présence de faits pareils à ceux que je viens de citer, on ne peut ou que les nier absolument en n'en reconnaissant pas l'exactitude, ou bien recourir à l'ancienne idée des deux formes du même chancre, qui, sous des influences dont beaucoup nous échappent, peuvent offrir des propriétés différentes, se transformer l'un dans l'autre, être mou ou dur, simple ou infectant, selon les cas. Mais tout en admettant l'existence du chancre mou infectant, il faut convenir que cela se passe rarement ainsi d'un individu non antérieurement vérolé à un autre, et admettre comme générale la règle que le chancre se propage dans sa variété ; c'est en effet ce qui se passe dans le plus grand nombre des cas.

Le troisième groupe des accidents par nous déclarés contagieux rappelle immédiatement la grande et brûlante question de la contagion des accidents secondaires, qui est définitivement et nettement tranchée par l'affirmation. Nous n'avons pas besoin de revenir sur les faits connus et déjà cités par nous, qui ont apporté la dernière preuve de cette vérité trop longtemps méconnue. Je l'ai dit, ce qui étonnait et ce qui repoussait la conviction, c'était de voir le chancre induré naître d'un accident différent de lui-même, et cependant c'était une conséquence des lois de la pathologie générale. Du moment que le pus de la plaque muqueuse peut infecter, il est naturel que l'infection ainsi produite commence par son accident primitif habituel. Il en est ainsi dans toutes les maladies ino-



Forget sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

PLANCHE XL.

CHANCRE INDURÉ.

Chancre induré de la petite lèvre atteint de phagédénisme gangréneux qui a détruit l'induration.

A, lambeau de peau injecté par l'ulcération. Œdème considérable des petites lèvres, surtout celle de gauche, B, où siége le chancre.

---

culables. L'empoisonnement a lieu par l'intermédiaire d'une lésion déterminée ; l'évolution de la maladie ainsi provoquée suit une marche régulière, pourquoi l'économie réagirait-elle différemment contre le pus virulent, parce qu'il provient de lésions de forme différente, bien que de nature identique ? La même altération générale est produite, et il était plus philosophique de s'attendre à des résultats et à une marche semblables ; la croyance contraire a causé et entretenu l'erreur. Je me suis plu déjà à rapporter à M. Langlebert l'idée première, ou, si l'on aime mieux, le rappel à cette loi pathogénique plus juste, et sa démonstration clinique à M. Rollet (de Lyon), à M. Galligo (de Florence), à M. Alfred Fournier, suivis maintenant par la plupart des syphilographes.

La plaque muqueuse, l'echtyma, fournissent, par contagion, l'ulcération chancreuse. Il en est de même, sans doute, de tous les accidents syphilitiques qui ont un produit de sécrétion liquide susceptible de fournir un véhicule au virus.

Le pouvoir contagieux des accidents constitutionnels n'est pas le même que celui du chancre ; il paraît plus faible. Ce pouvoir semble aussi diminuer à mesure qu'on s'éloigne du début de l'infection, de ce qu'on peut appeler la période aiguë de la vérole. Quant aux accidents tertiaires, on ne peut que prévoir, par l'absence de faits cliniques qui démontreraient la contagion, l'abolition à peu près complète des propriétés de transmission dans les dernières périodes de maladie.

Si l'on songe à la longue durée, aux fréquentes récidives des plaques muqueuses surtout, on admettra bien qu'un nombre très grand de chancres doivent en tirer leur origine. Le chancre, au contraire, est fugace, il ne se répète habituellement pas. Pour atteindre une fréquence de contagion égale à celle des autres accidents, il faudrait que sa puissance de transmission fût beaucoup plus grande et eût plus d'occasions de se produire.

La contagion de la vérole et du chancre par la vaccine est moins précise, et malgré les faits déjà consignés dans la science, il faut bien reconnaître que les conditions de cette contagion sont enveloppées d'une assez profonde obscurité, et que l'immunité des uns auprès de la contamination des autres, est bien faite pour engager à rester dans un doute philosophique.

Est-ce le pus vaccinal qui contient, qui transmet le virus ? Est-ce le sang qui, vers la fin surtout de la série des vaccinations, vient se mêler au contenu de la pustule ? Si l'on peut mettre en doute la première opinion, la seconde au moins est plus soutenable, quand on se rappelle les expériences faites à diverses époques avec le sang syphilitique. Depuis longtemps celles de Wallace, de Waller, ainsi

que des observations cliniques, avaient été interprétées au point de vue de la contagion. Mais ces faits, combattus et, nous pouvons le dire, un peu ridiculisés, étaient retombés dans l'oubli ou à peu près, quand la question a été reprise, plus mûre, et mieux préparée à une solution définitive. Les faits de Waller, de Wallace, de M. Gibert, établissaient bien la production du chancre par le sang provenant d'un accident syphilitique même sec, mais on pouvait dire, et l'on disait que ce n'était pas le sang lui-même qui possédait le pouvoir contagieux, mais bien les liquides qui s'y mêlaient et qui provenaient de la lésion spécifique, lorsque tout dernièrement enfin un médecin italien a pu, se mettant en dehors de tous les reproches adressés aux expérimentations précédentes, obtenir des résultats positifs bien constatés. M. Pellizzari (de Florence) a tiré le sang de la veine même ; le bras, au point piqué par la lancette sur la veine céphalique, ne portait aucun stigmate que l'on pût soupçonner. La conséquence de l'inoculation a été un chancre à début papuleux, avec engorgement des ganglions correspondants, et plus tard des manifestations cutanées et muqueuses. Conséquence bien capable assurément de donner l'éveil sur les plaies saignantes chez les syphilitiques, et même les simples déchirures dans l'acte du coït.

Quant aux autres produits, naturels ou morbides, rien jusqu'à présent n'autorise à leur accorder le pouvoir de produire le chancre. La majorité des auteurs, sinon tous, le leur dénient. Le chancre infectant ne prend sa source que dans une des lésions que nous venons d'énumérer : c'est l'origine obligée de l'accident primitif de la syphilis acquise.

Pour que la contagion ait lieu, il faut, et il suffit que l'humeur qui contient le virus spécifique soit mise en contact avec les tissus. Mais il n'est pas nécessaire, ainsi qu'on le dit trop souvent, qu'il y ait solution de continuité. Les muqueuses et la peau, dans certaines régions où elle est fine et délicate, peuvent subir la contagion alors qu'elles sont intactes : en effet, s'il est bien certain que la plus légère déchirure de l'épiderme est une porte ouverte au virus, il est positif aussi que dans les contacts prolongés son véhicule agit sur lui, l'irrite, l'enflamme, le détruit ou le pénètre, et réalise ainsi les conditions voulues de dénudation. Sur les muqueuses, l'épithélium se conduit de la même manière, et il est d'autant plus insuffisant qu'il est plus mince. On comprend que ce mode de pénétration du principe contagieux soit fréquent dans les follicules pileux et les cavités glandulaires, là où les lavages ne passent jamais.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'inanité des croyances

populaires que l'acte génésique complet est nécessaire pour contracter la vérole ; trop de faits, vulgairement observés chaque jour, ont détruit cette funeste sécurité : l'orgasme vénérien lui-même n'est nullement indispensable. Certes, de toutes les causes de la syphilis, la plus ordinaire est le coït physiologique. Nous avons déjà dit, et il ressort de l'observation, que les circonstances qui l'accompagnent, la prolongation et l'intimité des contacts, la turgescence des organes mis en jeu, sont des plus favorables. Il serait oiseux d'insister plus longtemps sur ce point, cela se retrouve dans toutes les manœuvres qu'inspirent le libertinage ; les rapports anaux, buccaux, tous les attouchements, en un mot, qui peuvent mettre en contact le liquide infectant avec une surface saine.

Les rapports les plus accidentels, un baiser plus ou moins innocent, un contact fortuit, sont très suffisants.

Dans la lactation, soit que la contagion se fasse de la femme au nourrisson, ou inversement, on trouve toutes les conditions voulues pour que le fâcheux échange se fasse.

Il en sera bien rarement de même dans les relations de la famille ou de la société, et il faudra des circonstances bien fatalement exceptionnelles pour ne pas éviter la transmission. Il ne faut pas oublier, toutefois, le danger qui résulte des soins des malades. On compte encore d'assez fréquentes contaminations opérées de cette manière, et la science a largement payé son tribut à cet égard.

Il nous reste à signaler la contagion médiate. Le virus syphilitique, en effet, ne perd pas sa puissance au moment où il est isolé de sa source. Elle persiste, au contraire, aussi longtemps que le liquide qui lui sert de véhicule, garde sa constitution propre. Aussi la contagion peut-elle se voir en dehors même de l'attouchement direct de la partie malade. Le pus abandonné sur un tissu vivant peut être recueilli dans des conditions favorables à son action. Si l'organe qui a servi d'intermédiaire ne se prête pas à l'absorption, il échappera à l'action du poison, et se transmettra en restant indemne. Ainsi, par exemple, un homme affecté de chancres a des rapports avec une femme saine. Il souille le vagin de la sécrétion de ses chancres. Cette femme, peu de temps après, se livre à un individu bien portant. Celui-ci peut prendre le principe contagieux déposé par le premier dans le vagin, et sans que cet organe soit lui-même altéré.

Il y a dans la science un certain nombre de faits semblables à celui que je suppose. On les a révoqués en doute, mais les expériences que j'ai fait connaître sont, je crois, démonstratives, et quoique j'aie agi avec du pus de chancres mous, je ne vois pas

Pl. 41.

Fig. 1.



Fig. 2.

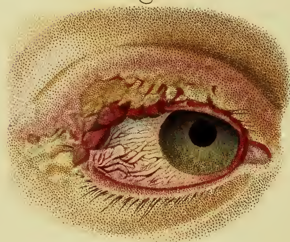


Fig. 3.

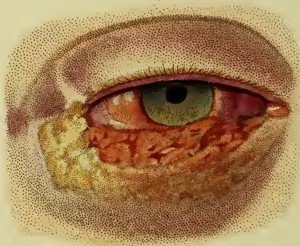


Fig. 4



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE XLI.

CHANCRES INDURÉS.

Fig. 1. — *Chancre induré du front large et superficiel (cicatrisation avancée).*

Petite ulcération, à bords irréguliers, en voie de réparation, au centre de la cicatrice.

Fig. 2. — Chancre de la paupière supérieure, avec conjonctivite consécutive (période d'état).

Fig. 3. — Chancre occupant toute la longueur de la paupière inférieure.

Fig. 4. — Chancre induré de la langue en voie de cicatrisation.

---

pourquoi la contagion médiate, irrécusable dans ce cas, ne le serait pas aussi dans le cas de chancre induré.

Mais ce n'est pas seulement par un tissu vivant que la matière infectante peut passer à un individu sain, les corps inertes peuvent aussi la transmettre, soit à l'état liquide, soit déjà concrétée. Ainsi, une pièce de pansement, un vêtement, un ustensile de ménage, la lunette des latrines, peuvent servir d'intermédiaire, et garder cette fâcheuse propriété, tant que la matière qui la souille y persistera. Il n'y a pas à nier ces modes authentiques de contagion que prouvent des faits irrécusables. On ne croit plus, depuis longtemps, à l'infection par l'air ambiant, l'exhalation pestilentielle du vérolé, et l'on est forcé de refuser à la vérole tout mode de contagion infectieux, toute propagation épidémique. Mais il ne faut pas pousser le scepticisme jusqu'à lui refuser ce qui se voit tous les jours dans la variole et la vaccine, pour l'inoculation directe. La clinique et l'expérimentation, riches de faits pour la transmission médiate du chancre mou, nous fournissent aussi dans l'espèce des faits bien avérés.

Le chancre infectant ne trouve pas chez tous les sujets les mêmes facilités de développement. Les individus exempts de vérole antérieure, qu'ils aient ou non été atteints de blennorrhagie et de chancres mous, sont à peu près seuls susceptibles d'être atteints de chancres indurés, et encore quelques-uns d'entre eux échappent-ils à l'infection dans les circonstances les plus favorables à celle-ci.

L'immunité habituelle qu'engendre la syphilis constitutionnelle, actuelle ou passée, a donné lieu à cette loi : la syphilis, et par conséquent le chancre induré, ne se double pas.

Vraie dans la généralité, l'opinion que nous examinons est fausse et dangereuse, si elle est prise dans un sens absolu.

D'abord, tous les auteurs ont cité des faits de chancres infectants réinoculables au malade même. M. Melchior Robert en a produit un nombre respectable par l'expérimentation, et à l'époque même où régnait presque sans contrôle la doctrine de M. Ricord, on lui a opposé des observations cliniques contradictoires et bien avérées, quoique assez rares, de récidive de chancres indurés et de secondes véroles. M. Diday, dans un travail tout récent (*Archives*, 1862), a modifié la formule qui veut que la vérole ne se produise pas deux fois chez le même individu avec les mêmes caractères. Suivant lui, la plupart du temps, la seconde vérole est incomplète, bénigne; rarement, mais quelquefois aussi plus grave que la première. L'éminent spécialiste de Lyon compare cette atténuation de la vérole à la varioloïde, et poursuivant sa compa-

raison, il lui donne le nom de véroloïde, et au chancre celui de chancroïde, qui convient mieux, en effet, à cette forme qu'au chancre mou, supposé une espèce morbide distincte. M. Diday admet plusieurs classes de double vérole. Dans la première, il y a eu chancre et vérole pour effet du premier contact du virus; chancre seul pour effet du second contact : ce second chancre ne s'accompagne pas du retentissement ganglionnaire indolent spécifique; il n'est pas suivi de manifestations générales. La seconde classe comprend le chancre et la vérole pour effet du premier contact du virus, chancre et vérole atténuée pour effet du second contact. La troisième classe, chancre et vérole au premier contact, chancre et vérole plus forte pour effet du second. La quatrième, chancre seul pour effet du premier contact, chancre et vérole pour effet du second. Enfin, la cinquième, chancre et vérole, puis second chancre contracté pendant la période tertiaire de la première vérole.

C'est en six ans de temps que M. Diday a rassemblé vingt cas de ces nouvelles véroles. C'est infiniment plus, assurément, qu'on n'en a observé en dix ans dans tous les services réunis de l'hôpital du Midi à Paris, où la cinquième classe de M. Diday n'a certainement jamais été rencontrée.

J'ai écrit que M. Ricord avait eu le tort d'ériger l'unité syphilitique en loi pathologique, alors qu'il aurait été plus dans le vrai en en faisant seulement une règle générale. Les quelques faits authentiques connus jusqu'à présent dans la science prouvent que j'avais raison. J'ai vu moi-même des réinfections, mais en très petit nombre, trois bien nettement tranchées, pendant une pratique déjà assez longue. Ce que j'ai parfaitement constaté dans ces trois cas, c'est que la seconde maladie a toujours été infiniment moins grave que la première; et il y a longtemps que j'ai entendu M. Ricord professer que si la réinfection est possible, elle doit être mitigée.

Dans ces trois cas, j'ai observé le second chancre induré et ses suites; une fois de la roséole, une autre fois des plaques muqueuses, en troisième lieu une syphilide papuleuse discrète. Deux fois j'ai constaté le retentissement ganglionnaire indolent de formation nouvelle. Une autre fois, j'ai trouvé aussi une pléiade bien accentuée; mais la malade, c'était une jeune femme très lymphatique, m'a assuré que ces ganglions avaient existé depuis son premier chancre, ce qui était possible, l'induration ganglionnaire pouvant persister pendant un temps indéfini, même après la guérison complète de la syphilis, ainsi que j'ai dit que cela pouvait avoir lieu dans quelques cas pour l'induration chancreuse elle-même.

PLANCHE XLII.

CHANCRES INDURÉS.

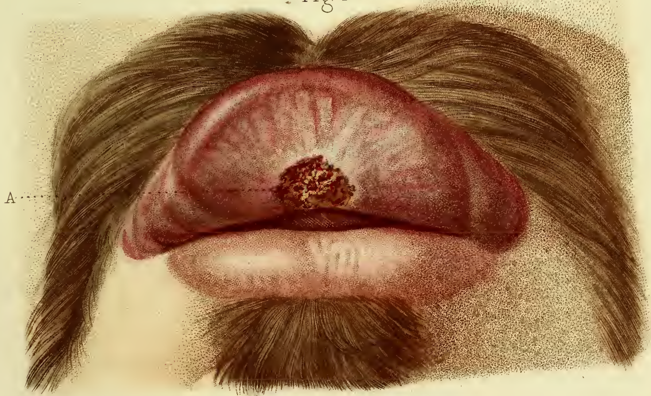
Fig. 1. — Large chancre de la lèvre supérieure (face muqueuse). Période d'état.

Fig. 2. — Le même, à une époque avancée de la cicatrisation. Le centre de la cicatrice présente encore une légère ulcération, A.

Pl. 42

Fig. 1.

Fig. 2.



Annedouche sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

S
ind
siste
ou r
stitu
voi
des
mo
d'
ré

N

Sans le nier absolument, je ne crois pas beaucoup au chancre induré sans retentissement ganglionnaire. On sait combien j'insiste toujours sur ce point, et les cas de chancres indurés, traités ou non par le mercure, qui ne sont pas suivis de symptômes constitutionnels, sont très rares. On ne s'étonnera donc pas de me voir mettre en doute la plupart des observations de M. Diday où des indurations persistantes ont pu en imposer pour des épanchements plastiques récents, et dans lesquelles des récidives tardives d'une première infection non douteuse, ont été attribuées à une réinfection.

Il est une autre opinion, plus problématique, qui appartient à M. Ricord. Cet auteur suppose que les parents peuvent transmettre à leurs descendants, non-seulement la vérole constitutionnelle elle-même, mais encore l'immunité acquise par le fait de cette vérole, alors même que l'hérédité semble échapper aux effets fâcheux de celle-ci. C'est une théorie qui rassurerait un peu contre la diffusion de la syphilis, mais elle ne repose malheureusement pas sur des bases assez solides pour inspirer une grande confiance.

L'existence d'une vérole actuelle ou antérieure est donc, en définitive, la seule garantie sérieuse contre une nouvelle infection, encore n'est-elle pas absolue. Il existe bien aussi quelques immunités individuelles, qui ne peuvent ni se prévoir, ni s'expliquer par le tempérament, la constitution, la santé générale, comme cela se voit pour d'autres affections diathésiques.

Diagnostic. — Le chancre, arrivé à sa période d'état avec ses caractères bien formulés d'induration et d'adénite spécifiques, ne peut être confondu avec aucune autre ulcération; mais au début surtout il n'en est pas ainsi, et nous devons examiner avec soin les difficultés qu'apportent les circonstances d'âge, de forme et de modifications accidentelles de la lésion.

Nous connaissons fort mal l'époque précise d'apparition et de forme initiale du chancre infectant. L'incubation, très variable dans sa durée, semble être un phénomène ordinaire, sinon constant. Nous sommes tenus de nous en rapporter au témoignage, à la vérité souvent infidèle du malade, mais qui, si l'on peut y ajouter foi, a tout de suite une certaine valeur, car elle est exceptionnelle dans les lésions qui peuvent se confondre avec lui, c'est-à-dire l'herpès, les érosions simples, le chancre mou.

Un des meilleurs moyens, sans contredit, d'établir le diagnostic d'une ulcération douteuse, serait de pouvoir examiner la personne infectante, mais cela est difficile aussi bien dans la pratique des hôpitaux que dans la pratique civile, et encore il y aurait à se méfier de la déclaration de beaucoup de malades qui se trompent

souvent sur la source réelle de leur mal. C'est ce qui m'a fait dire que le système des confrontations, précieux en principe, est loin néanmoins d'offrir des garanties absolues. C'est dans les phénomènes objectifs qu'il faut surtout chercher des preuves à conviction, car ici, comme dans toute l'étude de la syphilis, on apprend à ne se fier qu'à ce que l'on voit soi-même, et à mettre en doute les témoignages en apparence les plus sincères et les plus probants.

L'herpès des organes génitaux est une affection des plus fréquentes, et qui donne lieu à des méprises. Il se produit le plus souvent par groupes de vésicules plus ou moins régulières, quelquefois nombreuses, dont l'apparition est précédée de fièvre, ou au moins de malaise et de légers troubles digestifs. Il s'accompagne de prurit, de chaleur et de douleurs assez vives, surtout dans les frottements. A chaque vésicule succède une ulcération arrondie à fond rouge et saignant, souvent recouvert d'une couche jaunâtre, mince, très adhérente, pouvant aller jusqu'à simuler la couenne diphthéritique proprement dite; parfois les vésicules se confondent et forment une plaque ulcérée, à bords irrégulièrement festonnés, à fond pultacé. Dans les cas réguliers le diagnostic est facile, mais ces caractères peuvent manquer en partie, et l'éruption apparaissant peu après le coït suspect, le doute est au moins permis.

Ce n'est pas seulement aux organes génitaux qu'on a pu confondre un chancre avec une affection herpétique ; la plupart des chancres des lèvres que nous observons ont été pris pendant un certain temps, très souvent, et par les malades eux-mêmes et par des médecins, pour un *herpes labialis* ; j'ai par-devers moi beaucoup d'exemples de semblables erreurs.

Il en est de même pour les écorchures les plus simples produites accidentellement pendant le coït par un froissement trop vif, un poil malencontreusement saisi dans les rapports sexuels, par le contact des sécrétions irritantes, mais non spécifiques. Il est fort possible d'ailleurs que ces lésions soient réellement simples au début, mais qu'elles aient donné l'entrée au virus infectant ; alors, après l'incubation nécessaire, pendant laquelle la lésion primitive a suivi sa marche et sera même arrivée à cicatrisation, se développera l'accident spécifique, indépendant en réalité de l'ulcération simple qui l'a précédé sur la même place. Il serait donc impossible à cette première période de diagnostiquer le chancre futur, qui n'est encore qu'en puissance, et qui dévoilera seulement son évolution ultérieure par l'apparition de l'induration et de l'adénite caractéristiques.

Ceci prouve quelle réserve il convient toujours d'apporter dans

le pronostic de l'ulcération, en apparence le plus simple, aux organes génitaux, lorsque surtout il y a eu un coït suspect.

Signalons aussi une cause d'erreur inhérente aux ulcérations simples, et qui dépend du traitement qu'on leur oppose. Les cautérisations répétées, les applications de substances irritantes, telles que la cendre de tabac, vulgairement employée par les soldats et les gens du peuple, les poudres arsenicales, le sulfate de cuivre, le chromate de potasse, etc., déterminent en effet très souvent une dureté insidieuse, qui simule l'induration spécifique, mais qui, heureusement, disparaît assez vite sous l'influence de pansements méthodiques.

Les ulcérations de la fourchette consécutives aux déchirures de l'accouchement, celles des caroncules chez les femmes à vulve étroite soumises à des rapprochements sexuels fréquents et disproportionnés, les fissures anales entretenues par la constipation, peuvent être confondues avec les ulcérations qui résultent des chancres infectants dans les mêmes conditions de siége; mais l'absence des signes généraux ou locaux (adénites, éruptions spécifiques) fera reconnaître la simplicité de la lésion, si surtout on y joint l'étude attentive des commémoratifs et des conditions locales qui causent ou entretiennent le mal. Dans tous les cas, du reste, le traitement local de l'ulcération est le même, quelles qu'aient été son origine et sa nature première.

L'inoculation sur le sujet malade est de peu de secours, le chancre infectant donnant presque toujours un résultat négatif, aussi bien que l'herpès; et si l'inoculation de ce dernier est quelquefois positive, la lésion se reproduit dans l'espèce : c'est une vésicule ou une vésico-pustule qui passe rapidement pour ne rien laisser à sa suite, comme en peut produire toute surface traumatique suppurante; donc expérience inutile et de nulle valeur pour éclairer le moment présent.

Le diagnostic précis des deux formes de chancres est un des points les plus importants de la syphilographie; rappelons brièvement ce que nous avons déjà dit de l'une et de l'autre.

Nous nous sommes élevé contre les caractères tirés de la fréquence et du nombre simultané. Contrairement à l'opinion admise, nous avons vu, chez l'homme au moins, le chancre induré aussi fréquent que le chancre simple, et la pluralité du premier être un phénomène si peu rare, que ce n'est que par une nuance qu'il se sépare sur ce point du chancre mou.

La durée n'a aucune valeur; elle est tellement variable dans les deux cas, que nous ne croyons pas devoir y insister davantage. La durée de l'incubation, si elle est constatée, a plus d'importance;

PLANCHE XLIII.

CHANCRES INDURÉS.

Fig. 1. — *Chancre induré de la lèvre supérieure.*

Surface sèche et croûteuse.

Fig. 2. — *Chancre induré de la lèvre inférieure.*

La partie de l'ulcération qui siége sur la muqueuse présente une induration régulière, bien limitée, franche ; l'ulcération a sa couleur ordinaire. Sur la partie cutanée de la lèvre, l'induration est diffuse et pâteuse, l'ulcération recouverte de croûtes sèches et peu épaisses.

Fig. 3. — *Chancre induré.*

A, chancre de la lèvre inférieure presque complétement sec et croûteux.

B, chancre ecthymateux du menton, recouvert de croûtes.

Pl. 43.

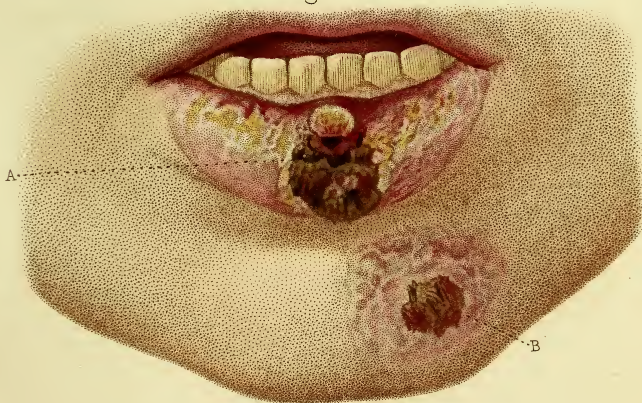
Fig. 1.



Fig. 2.



Fig 3.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

Davesne sc.

mais ce n'est qu'une probabilité. Nous avons vu des chancres mous apparaître tardivement, et des chancres indurés sans incubation.

Les complications de toute sorte sont plus fréquentes dans le chancre mou, mais existent aussi pour le chancre infectant.

Le chancre mou est profondément ulcéré, ses bords sont taillés à pic, décollés, renversés, douloureux; la surface est jaunâtre, pultacée, irrégulière, la suppuration sanieuse et abondante; la base est molle ou présente une dureté inflammatoire phlegmoneuse. L'adénite consécutive n'est pas constante; si elle existe, elle est mono-ganglionnaire aiguë, suppure presque fatalement, et peut être suivie d'une ulcération ayant tout à fait l'aspect chancreux. Le chancre lui-même et l'ulcération ganglionnaire sont inoculables sur le sujet lui même, tant qu'existent les caractères spécifiques de virulence.

Dans le chancre induré, au contraire, l'ulcération est superficielle, souvent saillante, indolente, creusée à l'évidoir; les bords se continuent insensiblement avec le centre; la surface est nacrée ou rouge sombre, presque unie et luisante; la suppuration ténue et à peu près nulle. La base présente une induration spéciale, indolente, ligneuse, nettement limitée. L'adénite est constante, multiple, indolente. Si par hasard elle est aiguë, si exceptionnellement elle suppure, il se forme un abcès simple, dont le pus n'est jamais inoculable au sujet lui-même. Le chancre infectant ne s'inocule qu'exceptionnellement sur le malade ou sur un sujet diathésé, si ce n'est tout à fait au début, ou à la suite de certaines modifications accidentelles.

Tels sont les caractères bien tranchés qui permettent d'établir facilement le diagnostic à la période d'état, et dans les cas bien formulés. Au début, il n'en est pas de même. Nous avons déjà indiqué les renseignements généraux qui peuvent influer sur le diagnostic. Celui-ci restera douteux jusqu'à l'apparition des caractères que nous venons d'énumérer, et bientôt l'induration et l'adénite spécifiques, les accidents secondaires à leur tour, lèveront tous les doutes. Nous ne reviendrons pas ici sur l'érosion chancreuse et l'induration parcheminée. Celle-ci est plus délicate à constater que l'induration hémisphérique, mais sous un doigt expérimenté elle a la même valeur.

Sans revenir sur la pratique de l'auto-inoculation du chancre induré, qui n'éclaircit aucune incertitude, et qui peut n'être pas sans danger, j'ajouterai seulement que l'inoculation successive spontanée de l'accident, au début surtout, ne prouve pas contre sa nature infectante, dans les limites que nous avons établies; on voit assez souvent des chancres très bien caractérisés se développer

sur les points en contact permanent avec la première ulcération.

Les complications qui surviennent dans le courant de la maladie peuvent obscurcir notablement la question. Nous ne parlons pas ici du phagédénisme et de la gangrène, que nous étudierons plus loin. Mais nous avons vu que l'inflammation simple peut noyer dans un épanchement phlegmoneux l'induration spécifique, qui est le plus précieux signe local. L'inflammation peut aussi altérer l'apparence de l'adénite, qui prend alors une marche aiguë, et perd momentanément ses caractères pathognomoniques.

Il faut se défier enfin des indurations persistantes qui peuvent donner à un chancre simple ou à une ulcération quelconque entée à leur surface, une ressemblance trompeuse avec le chancre syphilitique; j'ai déjà insisté sur cette circonstance qu'on ne doit pas perdre de vue.

Les chancres à forme pustuleuse ou tuberculeuse ont leurs caractères propres, avec retentissement ganglionnaire ; nous avons indiqué ces particularités. Il y a lieu de suspecter ces gros boutons, indolents, à ulcération superficielle, squameuse, à induration douteuse, si surtout ils se présentent isolément ; le chancre des lèvres buccales présente souvent ce dernier aspect, aussi ces chancres-là sont-ils ceux qui prêtent le plus aux méprises, et les plus facilement méconnus.

Nous apprendrons plus loin à distinguer du chancre les accidents secondaires de la syphilis, et surtout la plaque muqueuse. J'ai parlé du chancre larvé ; il faut être prévenu de son existence pour savoir le rechercher dans les plus profonds replis des muqueuses.

Il y a quelquefois intérêt à retrouver sur un malade la trace d'un chancre dont il accuse l'existence antérieure, et dont il s'agit de faire le diagnostic rétrospectif. Cela est souvent assez facile, et j'ai signalé, à propos de l'évolution du chancre, la cicatrice arrondie, gaufrée, vaccinale, de l'induration, bien différente de la cicatrice sans caractère spécial de l'ulcération molle, quelquefois linéaire, ou se perdant sans démarcation reconnaissable avec les parties voisines restées saines.

Pronostic. — Comme accident local, le chancre infectant est presque toujours d'une grande bénignité. Il a peu de tendance à se multiplier sur place, à s'étendre, à provoquer des suppurations ganglionnaires, et si ce dernier accident se manifeste, il reste toujours à l'état de grande simplicité. Il dépend d'ailleurs, non de la nature spécifique de l'ulcération, qui agit comme une plaie simple, mais des éventualités qui peuvent en modifier la marche, et principalement de la constitution du sujet.

Des complications graves sont exceptionnelles, mais possibles toutefois, et identiques alors avec celles du chancre mou.

Mais ce qui constitue la véritable gravité du chancre induré, c'est qu'il est la vérole, c'est-à-dire une maladie contagieuse profonde, de longue durée, dont les suites ne peuvent être prévues d'une manière absolue.

Répétons toutefois encore que dans des cas très rares, mais très réels, le chancre induré bien caractérisé, abandonné à lui-même, n'a pas été suivi d'autres symptômes d'infection constitutionnelle.

Chez les sujets antérieurement atteints de syphilis, le chancre induré peut être un accident insignifiant : les véroles doublées sont extrêmement rares et presque toujours bénignes.

La gravité de la maladie constitutionnelle future n'est nullement proportionnée à celle de l'accident infectant, contrairement à l'opinion de Carmichaël, qui admettait plusieurs espèces de vérole, et de M. Bassereau, qui croit les syphilides profondes, malignes, plus fréquentes après les chancres phagédéniques. Je dirai en traitant du phagédénisme en quoi l'opinion de M. Bassereau a un côté vrai.

L'induration elle-même est un fort mauvais syphilomètre, et ne sert en rien au pronostic de l'affection générale. Sous ce rapport, il n'y a aucune différence entre l'induration parcheminée et celle à forme hémisphérique et persistante.

Les conditions générales d'âge, de constitution, d'hygiène, ont une influence qui se comprend trop bien pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Prophylaxie et traitement. — A la prophylaxie du chancre dans les rapports sexuels s'applique tout ce qui se dit des maladies vénériennes en général. Éviter les rapports suspects, aussi bien ceux du chancre lui-même que ceux des accidents secondaires humides ; que si l'on juge à propos néanmoins de passer outre, il faut abréger les contacts, employer les soins de propreté intelligents, le lavage à grande eau, pratiqués avant l'acte sur la personne suspecte, et après au contraire sur le sujet qui s'expose ; la cautérisation de toute solution de continuité récente ou ancienne : tous ces moyens élémentaires doivent être employés avec soin. Ils ont une valeur réelle, mais non pas un effet certain. Les moyens mécaniques de protection offrent une garantie sérieuse ; nous ne dirons rien de tous les liquides préservateurs dont l'éloge sort du domaine de la science ; la cautérisation profonde peut seule, si elle est pratiquée à temps, apporter un obstacle certain à l'absorption du virus mis en contact avec une solution de continuité. La contagion en dehors du coït étant toujours difficile ou même impos-

sible à prévoir, on comprend qu'il n'y ait pas de précautions à indiquer; mais deux modes d'infection, sur lesquels on ne saurait trop appeler l'attention, sont du domaine du médecin : le choix d'une nourrice, celui du sujet qui fournit le vaccin doivent être soumis aux plus scrupuleuses précautions, et l'on doit rejeter, au moins provisoirement, tout ce qui est seulement entaché de soupçon. Ces considérations sont assez évidentes d'elles-mêmes pour que nous n'ayons pas à y insister davantage.

Le chancre une fois établi, que faut-il faire ? La pratique généralement acceptée est de soumettre le malade immédiatement au traitement mercuriel. On appuie sur ce fait que nous reconnaissons : le chancre est déjà la vérole, il faut donc le plus tôt possible attaquer celle-ci, et, à cette période, le moyen par excellence, c'est le mercure. Pour moi, la question n'est pas aussi simple, et quoique je sache bien la résistance que je rencontrerai, et chez les malades et chez les médecins eux-mêmes, je ne crains pas d'avancer une opinion diamétralement contraire. Je ne traite pas le chancre par le mercure, et voici sur quoi je me fonde.

Le mercure administré dès le début, avant l'apparition des accidents secondaires, en trouble l'évolution régulière, les retarde souvent, mais ne les prévient pas ; tôt ou tard ils paraîtront. Je sais bien qu'en restant inactif, on a à se demander si les accidents à venir ne seront pas plus graves, et c'est cette crainte qui fait instituer le traitement mercuriel dès que l'induration est bien caractérisée. J'ai longtemps suivi cette manière de faire, et ce n'est que parce que j'ai vu maintes fois des phénomènes secondaires très légers chez les individus indemnes de traitement mercuriel, tandis que j'ai observé ces mêmes accidents, et très intenses et très persistants, chez des malades mercurialisés pour leur induration, que j'ai renoncé à cette pratique, que je me contente de traiter l'induration localement, et que ce n'est que lorsque la maladie a suivi son cours naturel, à la première apparition des accidents dits secondaires, sur la peau et sur les muqueuses, que j'administre le traitement interne; et j'ai remarqué qu'alors celui-ci est bien mieux supporté, et que la maladie est modifiée, atténuée d'une manière bien plus rapide et bien plus durable : car le mercure n'est pas un préservatif de la syphilis, il en attaque seulement les manifestations plus énergiquement que toute autre médication.

Je rappelle encore ce que j'ai dit plus haut, qu'il y a des chancres indurés qui ne sont pas suivis d'accidents généraux ; de sorte qu'après un chancre induré traité par le mercure, si aucun autre symptôme ne se fait voir, on est naturellement porté à attribuer à la vertu du traitement ce qui n'est dû, très probablement, qu'à

l'effort de l'économie, qui a triomphé de l'empoisonnement diathésique. Le traitement sera donc exclusivement local.

Si le malade se présente à une époque très voisine de la contagion, alors que l'ulcération n'a pas encore revêtu tous ses caractères spécifiques, on a espéré, en la détruisant, empêcher l'infection ultérieure ; le résultat serait constant dans les quatre premiers jours, suivant M. Ricord et M. Sigmund. C'était déjà l'opinion de presque tous les anciens syphilographes, depuis Jean de Vigo jusqu'à Hunter. Mais l'existence de l'incubation vient jeter un certain trouble dans cette question, car l'infection se fait non à partir de l'apparition du chancre, mais bien du contact virulent, et bien des chancres simples, ou même des érosions non spécifiques, auront été considérées comme des chancres arrêtés dans leurs développements. En tout cas cette pratique est très inoffensive, et nous ne discuterons pas les prétendus dangers prêtés sans aucun fondement à la méthode abortive. Pour nous, qui ne traitons pas le chancre par le mercure, nous n'y voyons même pas l'inconvénient d'une fausse sécurité qui empêcherait un traitement interne et spécifique, mais elle doit être employée dès le début ; elle serait inutile pour des chancres bien établis, et barbare en même temps, s'il fallait détruire de larges surfaces : pour y arriver, on a eu recours à l'excision, lorsque le chancre siégeait sur un repli saillant, inutile, comme les nymphes ou le prépuce trop longs; à la cautérisation, que l'on a pratiquée avec toutes sortes de caustiques énergiques.

Mais si le chancre est complétement développé, si l'on a affaire à l'induration chancreuse et ganglionnaire, la vérole existe, et rien ne peut plus l'empêcher ; il faut donc épargner au malade des souffrances inutiles, d'autant que le danger n'est nullement pressant ; il faut recourir seulement au traitement le plus simple.

Un pansement légèrement excitant, avec le vin aromatique ou la charpie sèche, fréquemment répété, uni aux soins de la plus minutieuse propreté, suffira dans la plupart des cas.

S'il y a un peu d'irritation, le cérat opiacé, la pommade au calomel, nullement en vertu d'une action spécifique, mais comme léger détersif, la poudre de calomel, dans le même but, sont d'un très bon effet. En y joignant les précautions d'une bonne hygiène, on voit le chancre suivre avec une certaine lenteur, mais aussi rapidement que par tout autre traitement interne ou externe, une marche continue vers la cicatrisation.

S'il survient des complications, et elles seront moins fréquentes que par toute autre pratique, on leur appliquera le traitement

propre ; les accidents inflammatoires simples céderont rapidement aux émollients et au repos.

Si l'état général du malade fournit quelque indication, il faudra se hâter de la remplir, afin de préparer l'économie à la lutte qu'elle va bientôt avoir à supporter. Les toniques, les antistrumeux seront ici fréquemment prescrits, et souvent avec avantage.

Complications du chancre. — Le chancre, à quelque variété qu'il appartienne, peut se compliquer d'inflammation, de gangrène, de diphthérite, et être envahi par le phagédénisme.

Inflammation. — Il n'y a qu'un bien petit nombre de chancres qui, à un moment donné, ne sont pas le siége d'une certaine inflammation. La plupart des malades qui nous arrivent pour la première fois aux consultations de l'hôpital du Midi, et quelques malades aussi de la pratique du dehors, ont bien sur le lieu même de l'ulcération ou dans les environs, une congestion plus ou moins intense, sans grande douleur, le plus souvent ne donnant lieu qu'à un prurit incommode et cédant facilement aux soins les plus nécessaires ; mais il faut que la phlegmasie soit portée au delà de la mesure ordinaire pour constituer une véritable complication, et celle-ci est le fait du malade qui se soigne mal, qui ne s'astreint à aucune privation, qui continue un travail fatigant ou se livre à des excès de boissons. L'inflammation est souvent aussi déterminée, entretenue ou augmentée par des pansements trop irritants. Mais de toutes les causes d'inflammation des ulcérations chancreuses, aucune n'est plus fréquente que l'étranglement produit par le phimosis ou par le paraphimosis.

Dans ces cas la congestion sanguine est plus intense, la suppuration plus abondante et la douleur plus vive. On constate à la vue les phénomènes phlegmasiques. La base de l'ulcération est le siége d'un engorgement phlegmoneux plus ou moins considérable, assez dur et assez tendu quelquefois pour simuler l'induration spécifique.

L'inflammation peut se borner à ces phénomènes, mais souvent aussi elle s'accompagne d'œdème aigu, surtout lorsque du siége de l'ulcération elle s'étend aux vaisseaux lymphatiques de la région, cas dans lesquels on peut observer tous les accidents déjà décrits à propos de la lymphite, accompagnant la blennorrhagie, et sur lesquels je reviendrai à propos de la lymphangite spécifique.

La complication inflammatoire du chancre n'est jamais très grave quand on arrive à temps pour y porter remède avant qu'elle ait occasionné des fusées purulentes, des décollements, ou qu'elle se soit terminée par la gangrène.

Peu considérable, elle peut être heureusement modifiée par une

cautérisation même énergique, et le meilleur caustique alors est le nitrate d'argent. Plus intense, elle réclame les adoucissants, les antiphlogistiques, tels que les bains locaux et généraux, les applications narcotiques, quelquefois l'usage interne d'un purgatif sera d'un bon effet, et nécessairement le repos et un régime doux pendant quelques jours, surtout pour les sujets pléthoriques. Certains praticiens ne craignent pas d'appliquer des sangsues pour combattre l'inflammation trop vive d'un chancre. Je ne saurais trop repousser cette manière de faire, parce que l'inflammation même très intense n'empêchant en aucune façon la virulence, chacune des morsures de sangsues peut s'inoculer et se transformer en autant d'ulcérations chancreuses.

La gangrène est une complication du chancre bien autrement grave par les désordres qu'elle peut produire. Elle succède toujours à une violente inflammation et elle en est la terminaison. Par conséquent les causes de l'une et de l'autre sont les mêmes; mais il faut ajouter que, lorsque la gangrène arrive et que le malade a pourtant été traité convenablement dès le début inflammatoire, c'est que le plus ordinairement il y a dans la constitution quelque vice naturel ou accidentel. Ce sera une pléthore très prononcée, un embarras gastrique ou intestinal, une excitation alcoolique prolongée. Il n'est pas jusqu'à une émotion morale qu'on ne puisse invoquer. C'est ce qui se voit chez les individus qui ont une grande terreur des maladies vénériennes.

En dehors de la gangrène centrale du chancre induré que j'ai signalée, et que j'ai attribuée à un défaut de circulation par l'épanchement plastique, le sphacèle d'une ulcération chancreuse ne se voit guère que dans les cas d'étranglement, comme par exemple le phimosis inflammatoire, et il est au moins très rare dans les chancres situés sur une partie de la verge habituellement ou facilement découverte.

Il en est de même des chancres de la vulve où une vive inflammation peut déterminer une sorte d'étranglement analogue à celui que j'indique.

C'est habituellement à une période rapprochée du début du chancre que la gangrène a lieu; on la voit même chez des malades qui ne s'étaient pas encore aperçus de l'ulcération, les uns par incurie, d'autres parce que ne découvrant pas le gland par suite de phimosis naturel ou accidentel, ils ne croyaient avoir qu'une simple inflammation préputiale.

L'existence de la gangrène est toujours facile à constater sur les chancres que l'on peut voir, il est même quelquefois permis de la prévoir lorsqu'on a affaire à une violente inflammation qui ne

cède pas à une médication appropriée. Mais quand le chancre est profond, qu'il siége sur le gland caché par le prépuce, elle est plus difficile à apprécier. On n'a plus alors pour se guider que le gonflement, la douleur, l'écoulement sanieux qui se fait par l'ouverture du prépuce, quelquefois même un écoulement sanguin considérable, une véritable hémorrhagie. Alors, quand on lève l'étranglement en incisant le prépuce, et c'est toujours ce qu'il faut faire au plus tôt, on ne peut plus que constater les dégâts occasionnés par la gangrène sur une partie du gland. On voit même dans les cas les plus malheureux tout l'organe tombé en détritus et complétement perdu.

Mais il arrive, et l'on comprend combien cela est moins grave, que c'est sur le prépuce lui-même que porte la mortification, ce qui permet au gland de sortir à travers la portion gangrenée, et d'éviter ainsi la persistance de l'étranglement. Le chirurgien n'a plus qu'à régulariser, soit immédiatement, soit plus tard, par une circoncision complète, la perforation du prépuce.

La gangrène du chancre est donc une complication très sérieuse et qui peut compromettre des organes importants. Cependant elle devient parfois une circonstance avantageuse, car elle fait perdre à l'ulcération sa virulence, et lorsque l'eschare se détache, on n'a plus devant soi qu'une plaie simple privée dorénavant de son premier caractère.

La gangrène étant dans l'immense majorité des cas la conséquence de l'inflammation, c'est à combattre celle-ci que doivent tendre tous nos efforts; mais est-elle produite, on n'a plus qu'à tâcher de la limiter. Pour cela on aura recours au débridement des tissus voisins, aux applications locales, telles que les poudres de charbon, de quinquina, d'alun, les décoctions de sureau, de quinquina en lavage, l'eau chlorurée, comme antiseptique et pour obvier à la mauvaise odeur qui est pénible au malade. On devra au plus tôt débarrasser la plaie de la masse sphacélée qui la recouvre, et cette avulsion faite, insister encore sur les préparations de quinquina ou de vin aromatique.

A l'intérieur on prescrira avec avantage un purgatif, et mieux un éméto-cathartique, si surtout, comme c'est le cas le plus fréquent, le travail de mortification s'accompagne d'un état saburral. Mais la gangrène franchement arrêtée, il ne faudra plus affaiblir le malade, et au contraire les toniques localement et à l'intérieur seraient très nécessaires.

La diphthérite du chancre est beaucoup plus rare que la complication inflammatoire et gangréneuse. Elle diffère des deux précédentes en ce qu'elle se fait voir à toutes les périodes de l'ul-

cération, tandis que les autres sont presque toujours des accidents du début ou au moins de la première période.

Elle se caractérise par une apparence d'atonie que prend l'ulcération restée jusqu'alors dans les conditions normales. Le fond qui était rosé perd cette couleur, il devient gris ou jaunâtre, il semble se soulever, et bientôt il est recouvert d'une matière pultacée, qui tantôt forme des îlots très appréciables, tantôt couvre toute la plaie d'une couenne plus ou moins épaisse. Les bords jusque-là très nets se frangent, se décollent, perdent de leur vitalité, saignent au moindre contact, et finissent par présenter la même exsudation. La matière pultacée, très adhérente, résiste au lavage, et il faut pour l'enlever un frottement énergique ou une traction directe qui donnent lieu à un suintement sanguin parfois difficile à arrêter. La plaie, restée indolente jusqu'à l'apparition de la diphthérite, devient très sensible et le siége d'une douleur âcre et mordicante presque continue, et cette douleur a lieu malgré l'absence d'inflammation aiguë.

En même temps que ces changements se produisent du côté du chancre, l'état général du malade se modifie; il a perdu l'appétit depuis quelque temps, ses digestions se font mal, et bientôt il est pris d'une fièvre lente, sous l'influence de laquelle on voit les forces s'alanguir.

Quelques auteurs ont fait de la diphthérite deux formes distinctes, la forme pultacée et la forme pseudo-membraneuse; mais ce n'est en réalité que la même altération plus ou moins accentuée, qui reconnaît les mêmes causes et qui suit la même marche. Dans la première il y a plus de suppuration, tandis qu'avec la fausse membrane jaune, épaisse, qui recouvre toute l'ulcération, on ne voit, jusqu'à ce que l'élimination commence, qu'un suintement séreux ou séro-sanguinolent.

Ce n'est guère que chez les sujets dont la constitution est épuisée que l'on voit l'état diphthéritique du chancre; cependant, dans quelques cas, on a pu l'observer sur des individus très bien portants, forts et pléthoriques. Voici comment M. Melchior Robert explique ces faits opposés : « Les conditions qui président à l'apparition de ces produits plastiques peuvent être regardées comme le résultat d'une altération du sang, qui, considérée abstractivement, est toujours la même. Cette altération consiste dans un excès de fibrine. A l'état normal, les globules et la fibrine sont dans des proportions telles, que le dernier de ces éléments, en complète dissolution dans le sang, n'a aucune tendance à se précipiter. Mais la quantité de fibrine peut augmenter, le taux des globules restant le même, toute la fibrine en excès tend à se précipiter et

à former des dépôts plastiques; d'autre part, le taux de la fibrine restant le même, les globules peuvent diminuer considérablement, la fibrine est toujours en excès et tend à se précipiter à la moindre occasion. Dans les deux cas il y a disproportion dans les deux éléments principaux du sang, et cette disproportion a pour résultat d'amener des dépôts de la matière plastique en excès, partout où le sang peut suinter et séjourner, notamment à la surface des plaies. » Quoi qu'il en soit de cette ingénieuse théorie, le fait général n'en reste pas moins vrai que ce sont les sujets diathésiquement faibles, ou seulement affaiblis momentanément par des excès ou des privations, qui sont plus exposés à la diphthérite du chancre.

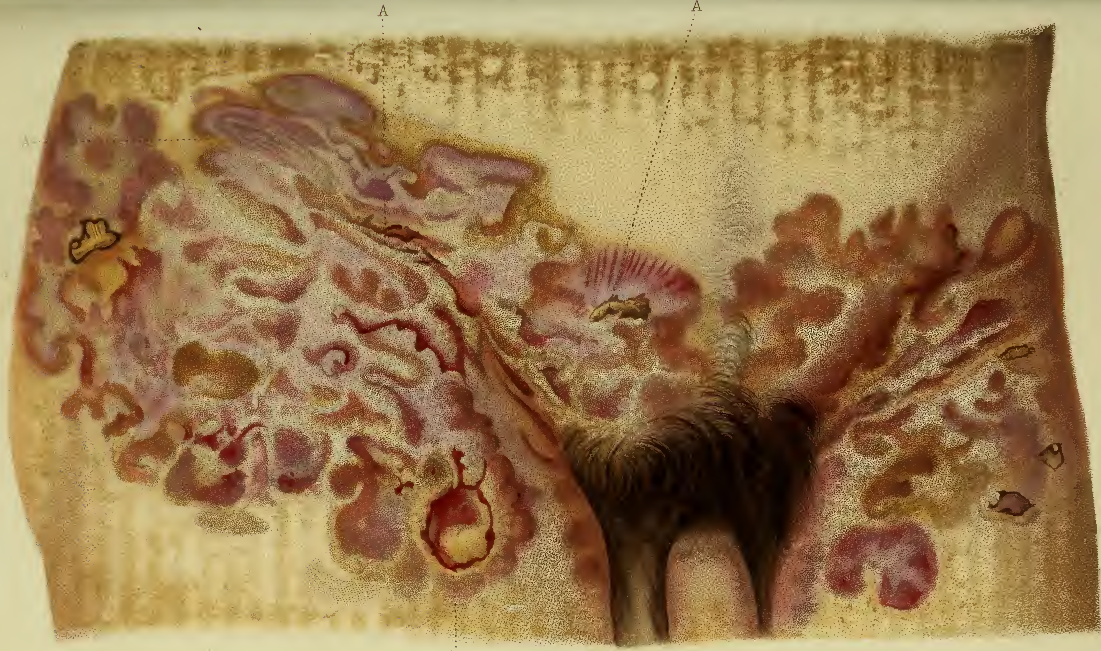
Cette complication reste presque toujours isolée, et je ne connais pas d'exemples d'une épidémie dans une agglomération de malades. Je dois cependant signaler une circonstance que j'ai constatée l'année dernière dans mon service à l'hôpital du Midi. Nous y avons eu pendant deux mois une véritable épidémie d'érysipèles spontanés et traumatiques, pendant laquelle un certain nombre de chancres mous ou indurés de la verge et quelques ulcérations chancreuses des aines se sont recouverts de fausse membrane ou de matière pultacée, et cette disposition a disparu en même temps que l'influence érysipélateuse.

Si la diphthérite n'est pas très prononcée, c'est une complication peu grave qui n'a que l'inconvénient de retarder la guérison du chancre; mais elle peut amener des décollements considérables, des pertes de substance, et il ne faut pas oublier que souvent c'est par elle que commence le véritable phagédénisme.

Le traitement local consiste, avec ou sans le secours de la cautérisation, en applications de quinquina, de vin aromatique, d'alun, de chlorate de potasse, dont j'ai eu d'excellents résultats, du tartrate de fer, à l'exclusion des corps gras. Le traitement général doit toujours avoir pour but une médication tonique, par le régime et par les conditions hygiéniques d'habitation dans lesquelles le malade peut se trouver. Cette médication me paraît applicable et m'a toujours réussi dans les chancres diphthéritiques que j'ai eu à soigner, même chez des individus pléthoriques, mais je ne dois pas omettre de rappeler que dans ce dernier cas M. Melchior Robert recommande l'usage du nitrate de potasse à l'intérieur.

Phagédénisme. — Complication la plus grave du chancre, sorte de gangrène moléculaire, le phagédénisme se caractérise par la destruction progressive et envahissante des parties sur lesquelles il sévit.

Les notions un peu exactes sur cet accident du chancre sont assez récentes, bien qu'on trouve dans Celse une phrase qui peut



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

PLANCHE XLIV.

CHANCRE MOU SERPIGINEUX.

Cet énorme chancre est presque entièrement cicatrisé.

La cicatrice, violacée, irrégulière, anfractueuse, occupe l'hypogastre, les deux aines, la partie supérieure des cuisses.

A, A, A, petites ulcérations à bords irréguliers en voie de réparation.

B, chancre arrondi, à la période d'état.

---

s'y rapporter. En parlant de certains ulcères des organes génitaux, il dit : « *Ulcus altius et latius serpit* », ce qui n'est réellement pas assez significatif pour autoriser à affirmer qu'il désignait le phagédénisme tel que nous l'observons aujourd'hui. En tout cas, on n'en rencontre la description dans aucun autre auteur jusqu'à Hunter, qui en parle vaguement, et à Swediaur, qui n'en dit que quelques mots. Mais pour avoir une notion assez satisfaisante, il faut arriver à Carmichaël, qui en fait une espèce chancreuse particulière, et à Babington, qui le considère comme un symptôme très grave de la syphilis, et qui insiste sur la nécessité de le combattre par le mercure.

De nos jours, il a été étudié avec soin par M. Ricord, qui en donnait dans ses leçons une bonne description; par M. Rodet, dans un mémoire où il préconise les préparations opiacées à haute dose ; par M. Rollet, qui a peut être trop exalté les bons effets du fer rouge dans son traitement. Cette année même le phagédénisme a été pris pour sujet de thèse par un de mes élèves, le docteur Belhomme, qui a donné sur son évolution, et principalement sur son traitement, un résumé très exact ; enfin, tout récemment, M. le docteur Putégnat (de Lunéville) adressait à la Société de chirurgie un intéressant mémoire sur le même sujet.

Le phagédénisme n'est malheureusement pas rare, ce dont on peut se convaincre en parcourant nos hôpitaux de vénériens ; il envahit le plus souvent le chancre mou ; il ne faudrait pas croire pourtant que ce dernier ait seul le triste privilége de cette déviation ; le chancre induré, lui aussi, est quelquefois compliqué de phagédénisme. Tout dernièrement encore je voyais le phagédénisme sur un chancre induré datant déjà de trois semaines, et en suite duquel, dans la période de temps ordinaire, les accidents secondaires apparurent. Si j'insiste sur ce point, que le phagédénisme peut être aussi bien une complication des deux variétés du chancre, c'est qu'en général on est trop disposé à rapporter cet accident à l'ulcération molle. D'autre part, j'insiste sur ce fait, parce qu'il me semble militer en faveur de l'unicisme. En effet, s'il y avait deux virus distincts, le phagédénisme ne se comporterait pas de la même manière à l'égard des deux virus ; il est probable qu'il serait une complication de l'un ou de l'autre chancre : or le phagédénisme les atteint tous deux et exerce sur eux la même action.

Lorsqu'on a vu le phagédénisme se développer sur une induration chancreuse, on a prétendu que dans ce cas on avait affaire à un chancre mixte, et que c'était en vertu du double caractère de chancre infectant et de chancre mou, et seulement par l'influence

de ce dernier que la complication avait lieu. Mais c'est là une théorie dont l'observation clinique attentive et sévère fait justice. La seule remarque à noter, c'est que dans le chancre induré le phagédénisme se limite plus promptement, qu'il se borne quelquefois à détruire l'induration comme le fait la gangrène, et que l'on s'en rend plus facilement maître. C'est aussi que la forme térébrante est alors plus fréquente.

Étiologie. — On a voulu faire du chancre phagédénique une espèce distincte. On a dit que le pus du chancre rongeur produisait un chancre de même espèce. M. Spérino, qui a fait un si grand nombre d'inoculations, affirme que ce chancre ne reproduit jamais un chancre de même nature. Mais en supposant un seul instant que l'autorité du syphilisateur de Turin soit suspecte, et elle ne l'est pas, faut-il rejeter les observations des médecins qui ont trouvé comme sources de chancres phagédéniques des ulcérations molles très limitées ? Le phagédénisme n'a donc pas un virus spécial. Il s'adresse à certains chancres en vertu de conditions inhérentes aux tissus, à l'individu contaminé et à certaines influences extérieures.

Le phagédénisme se développe souvent sur les chancres les mieux soignés, sur les individus qui paraissent dans les meilleures conditions pour n'en pas être atteints. Mais, le plus souvent aussi, on peut lui reconnaître une cause soit locale, soit générale.

Les causes locales sont nombreuses. Les pansements mal faits ou préparés avec certains corps gras favorisent le développement du phagédénisme, et pas un n'y prédispose plus que l'onguent napolitain. A quoi tient cette influence du mercure sur le chancre? Je l'ignore, mais les faits sont là. Est-ce en agissant sur l'économie comme altérant? Ce n'est pas probable. Est-ce en agissant comme modificateur atonique sur l'ulcère lui-même? Je laisse à d'autres le soin de trouver l'explication de ce triste effet du mercure sur le chancre.

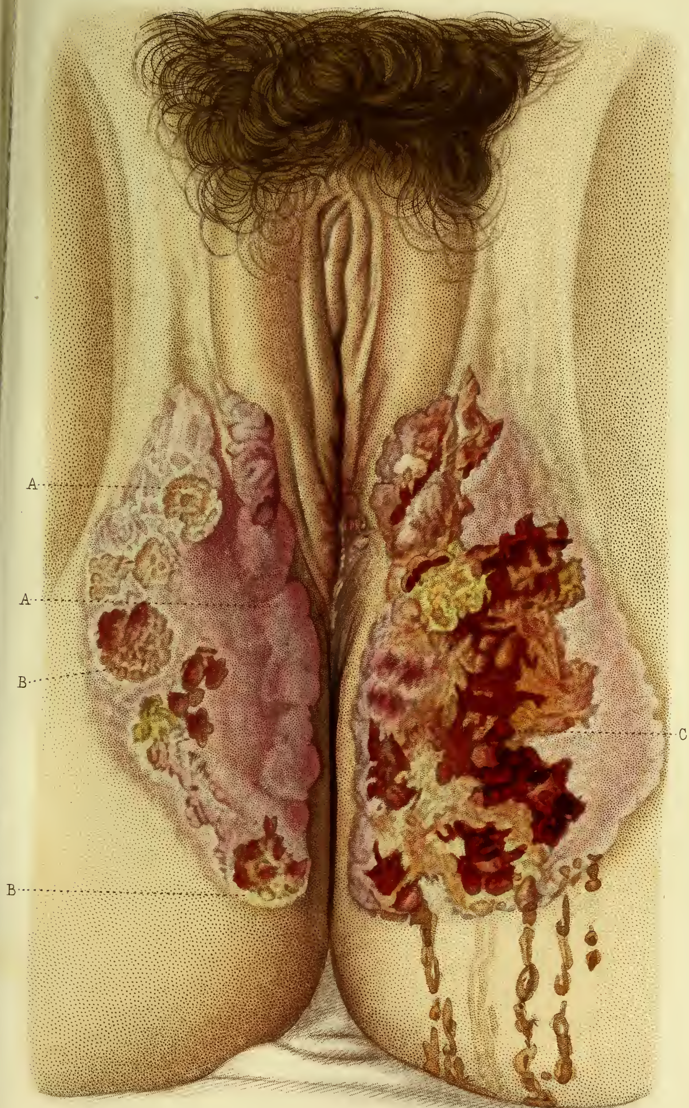
La forme du chancre peut aussi faire naître le phagédénisme. Ainsi, lorsque l'ulcération a produit un clapier profond où le pus virulent s'accumule, comment ce pus qui séjourne au contact des tissus ne les désorganiserait-il pas en acquérant au plus haut degré la puissance virulente?

Les causes générales à la faveur desquelles se développe le phagédénisme sont quelquefois facilement appréciables. Il n'est pas douteux, par exemple, que les diathèses, et particulièrement la scrofule, font naître la complication dont nous parlons. Il en est de même des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles peut se trouver le malade. La misère, une nourriture insuffisante et

PLANCHE XLV.

CHANCRE MOU PHAGÉDÉNIQUE.

Phagédénisme serpigineux. Cicatrisation partielle, A, A. A.
B, ulcérations isolées à la période d'état.
C, large ulcération inflammatoire, avec surface sanguinolente (récidive).



Davesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

malsaine, une habitation insalubre, en produisant vite l'appauvrissement général de l'économie, seront des causes déterminantes du phagédénisme. Cette complication peut naître encore sous l'influence d'une maladie grave qui viendra surprendre le sujet atteint de chancre. Je me rappelle un malade affecté de chancre mou, qui fut pris de fièvre typhoïde et chez lequel la verge fut rongée presque complétement par le phagédénisme. Le mercure donné à l'intérieur pourra faire naître cette complication ; il en sera de même de l'abus des spiritueux. C'est ce que M. Ricord nomme ulcère œnophagédénique.

Si toutes les conditions mauvaises qui amènent l'appauvrissement de l'organisme, la débilitation, font naître le phagédénisme, il arrive aussi quelquefois que l'ulcère rongeur se montre chez des individus qui sont dans les meilleures conditions hygiéniques, et chez lesquels tous les soins les plus rationnels et les plus méthodiques ont été employés.

Enfin, faut-il signaler l'influence fâcheuse des climats froids sur le chancre qui subit alors facilement la déviation. J'avoue qu'à ce point de vue mon expérience me fait défaut, mais cela a été signalé.

Symptômes. — Le phagédénisme se montre ordinairement sous la forme serpigineuse ou sous la forme térébrante. M. Ricord admet encore la forme gangréneuse et la forme diphthéritique ; quant à moi, je ne considère la gangrène et la diphthérite que comme des accidents qui peuvent se montrer en même temps que le phagédénisme. Je ne crois pas que ce soient des formes spéciales de phagédénisme. Quand le chancre tourne au phagédénisme, l'ulcère prend vite une extension considérable ; les bords entourés d'une auréole livide se décollent ; ils présentent des dentelures plus ou moins nettes, plus ou moins longues, ordinairement affaissées et qu'il faut soulever pour introduire sous la peau décollée les topiques nécessaires. Le fond de l'ulcère est inégal, humecté d'un liquide sanio-purulent inoculable au plus haut degré. Ce liquide détruit plus facilement le tissu cellulaire que la peau, sous laquelle il fuse en la décollant ; c'est ce qui explique les délabrements sous-cutanés considérables produits par le phagédénisme. Tantôt l'ulcération guérit d'un côté pour s'étendre de l'autre ; elle court en serpentant, elle est superficielle. C'est l'ulcère serpigineux. Tantôt l'ulcération gagne en profondeur, met à nu les muscles, les vaisseaux, les nerfs, quelquefois même les os. C'est l'ulcère térébrant. Il n'est pas rare de voir des chancres phagédéniques ronger une partie plus ou moins complète de la verge, en détruire le gland, et même la raser

complétement, quand ils en occupent la racine. Que le chancre, le bubon chancreux ou la lymphangite chancreuse soient le point de départ, peu importe, il détruit tout ce qu'il rencontre. Cependant sa marche envahissante peut être arrêtée par des tissus hétérogènes. L'an dernier, dans mon service à l'hôpital du Midi, j'ai pu faire cette observation d'une manière bien nette. Un chancre phagédénique parti de l'aine vint sillonner le bas de l'abdomen, puis la cuisse et le périnée. Pendant quelques mois il resta stationnaire, puis reprit sa marche, envahit la rainure interfessière, et finit par arriver à la muqueuse de l'anus, où il s'arrêta définitivement.

Symptômes généraux. — Quelquefois l'ulcération suit sa marche envahissante sans produire de réaction. C'est à peine si le malade souffre. Mais le plus souvent les douleurs sont mordicantes, quelquefois même elles arrachent des plaintes au malade désespéré de son état. La suppuration l'affaiblit, et si l'ulcération continue à s'étendre, le marasme survient, et il peut succomber au milieu des tortures causées par le phagédénisme lui-même et par le traitement employé pour tâcher de conjurer les ravages de l'ulcère rongeur.

Marche, durée, terminaison. — La marche du chancre phagédénique est très variable. Tantôt il ne lui faut que quelques heures pour détruire une étendue de tissus considérable. Tantôt il marche très lentement. Quelquefois il reste stationnaire pendant longtemps ; on le croit guéri, et puis il reprend sa marche envahissante, détruisant le tissu inodulaire déjà formé. Quoi qu'il en soit, sa durée est toujours longue. Bien des élèves ont pu observer à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, un ulcère phagédénique datant de sept ans, au bout desquels il fournissait encore du pus inoculable. J'en ai vu quelques-uns durer de deux à six ans.

Le chancre phagédénique laisse après lui des brides, des traînées inodulaires qui, suivant les régions où elles se trouvent, amènent des conséquences sérieuses en gênant plus ou moins les fonctions des organes atteints. Le pronostic est toujours grave, il variera suivant les conditions dans lesquelles se trouve le malade et aussi suivant le siége de l'ulcération.

Il peut détruire entièrement les organes qu'il envahit, ainsi que je l'ai dit déjà pour une partie ou même la totalité de la verge. Je l'ai vu labourer les bourses dans une grande étendue et donner lieu à des brides cicatricielles qui exerçaient une constriction pénible sur les testicules. Chez la femme, les grandes ou les petites lèvres peuvent être largement ulcérées, perforées, la vulve défor-

Pl. 46

Fig. 1



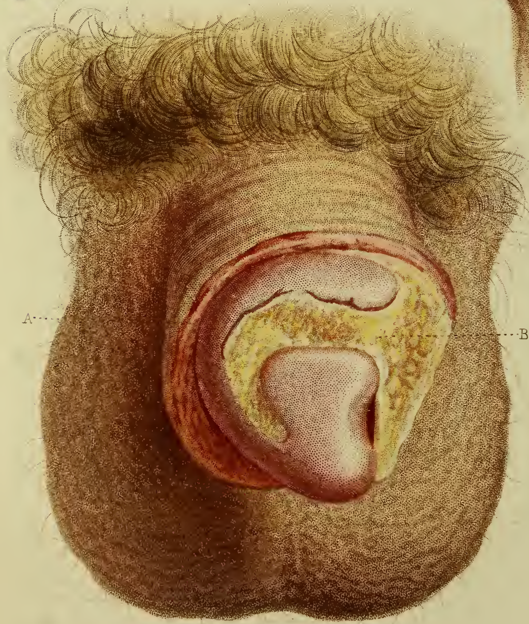


Fig. 2.

Picart sc.

E. MÉQUIGNON MARVIS ÉDITEUR
PARIS

Imp. Geny Gros

PLANCHE XLVI.

CHANCRES GANGRÉNEUX.

Fig. 1. — A, perte de substance large et profonde du gland. — Destruction du frein. — Perforation du canal de l'urèthre.

B, large perforation de la base du prépuce, dans laquelle se trouve engagée l'extrémité d'une sonde.

C, œdème gangréneux du prépuce.

D, lambeau gangrené du prépuce.

Fig. 2. — *Chancre gangréneux du gland et du prépuce en voie de réparation.*

A, destruction du limbe du prépuce produite par la gangrène.

B, perte de substance du gland.

mée. J'ai observé à l'hôpital de Lourcine une femme dont le clitoris était totalement détruit par un phagédénisme du vestibule qui avait pénétré jusque dans l'intérieur du canal de l'urèthre, où heureusement il s'arrêta.

C'est dans les désordres qu'il produit localement que gît la gravité du chancre phagédénique, et lorsqu'il est entièrement guéri, il n'a pas plus tard de retentissement sur l'économie. S'il complique un chancre simple, il n'a pas plus de conséquences à venir que ce chancre lui-même, et s'il sévit sur un chancre infectant, qu'il détruise ou non l'induration, il n'empêche en aucune façon l'empoisonnement constitutionnel. Dans ce dernier cas, si l'on ne peut pas s'expliquer la cause du phagédénisme et qu'on ait lieu de soupçonner un vice organique inappréciable, on est en droit de craindre que les symptômes secondaires présentent plus de gravité que d'habitude, non par l'effet d'un virus particulier propre au phagédénisme, mais bien par la défaillance de la constitution. C'est une observation que j'ai été à même de faire plusieurs fois et dont je pourrais citer quelques exemples.

Diagnostic. — D'après les symptômes que je viens d'indiquer, le diagnostic est ordinairement facile. Quelquefois cependant des erreurs sont commises. On prend une syphilide ulcéro-tuberculeuse pour un chancre phagédénique. L'erreur est grave, puisque du diagnostic dépend le traitement, qui ne doit jamais être le même dans les deux cas. Le diagnostic est basé sur les notions suivantes. La syphilide commence par des tubercules, auxquels succède une ulcération qui se couvre de croûtes plus ou moins épaisses. A côté de ces tubercules s'en forment bientôt de nouveaux; d'autres ulcérations paraissent, et c'est ainsi que progressivement la syphilide s'étend sur une surface plus ou moins considérable. Mais habituellement ces ulcérations sont séparées par des îlots de peau saine. Ces symptômes ne suffiraient pas pour établir le diagnostic de la syphilide; mais l'éruption s'accompagne presque toujours d'accidents constitutionnels différents, qui, s'ils ne coïncident pas avec l'éruption, ont existé avant elle. Quant au chancre phagédénique, il n'est ordinairement pas accompagné d'accidents constitutionnels. Il ne forme qu'une plaie sans portions de peau entièrement saine. Son pus peut être inoculable et celui de la syphilide ne l'est pas, du moins sur l'individu porteur de l'ulcération. La surface du chancre phagédénique n'est jamais recouverte de croûtes. Il se trouve placé sur les organes génitaux ou dans l'aine; la syphilide se manifeste ordinairement dans d'autres régions.

Je ne dois pas omettre de signaler une maladie bien grave, mais heureusement rare, qui pourrait être confondue avec le pha-



Picart sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny Gros

PLANCHE XLVII.

CHANCRE INFECTANT GANGRÉNEUX.

Large ulcération gangréneuse au bas-ventre en voie d'accroissement.

Les progrès de la gangrène ont détruit toute la peau du ventre, de l'épigastre au pubis, dénudé et détruit en partie les muscles, et amené la mort trois mois après l'entrée et malgré les soins donnés à l'hôpital de Lourcine.

gédénisme, c'est l'esthiomène de la vulve, qui n'est bien connu que depuis les belles recherches et l'intéressant mémoire de M. Huguier. Je ne puis pas insister sur le diagnostic différentiel de ces deux affections, je veux dire seulement que ce qui les distingue essentiellement, c'est d'abord l'extrême virulence de l'une et l'innocuité contagieuse de l'autre, et ensuite c'est que l'esthiomène arrive sans antécédent vénérien, tandis qu'il faut de toute nécessité un chancre pour développer le phagédénisme.

Traitement. — La thérapeutique du chancre phagédénique a eu à subir d'étranges vicissitudes. Aujourd'hui on peut le dire, si le traitement laisse encore à désirer, il se compose d'une série de moyens qui, employés par des mains expérimentées, amèneront souvent un résultat heureux, et les cas où un praticien habile sera contraint d'avoir recours à l'empirisme ne sont plus que des exceptions.

Le traitement est *local* et *général*.

Le *traitement local* se compose de topiques très différents. Mais parmi ces topiques on en trouve une classe particulière qu'on doit placer au premier rang : ce sont les caustiques.

Dans le traitement local du chancre phagédénique, il est une première règle que l'on ne doit pas oublier : il ne faut jamais se servir de corps gras, et surtout de corps gras associés au mercure ; on évitera toujours l'emploi des pommades mercurielles, si l'on ne veut pas voir l'ulcération gagner avec rapidité des régions étendues. Il est universellement reconnu que ces topiques favorisent le phagédénisme loin d'en enrayer la marche.

Lorsque l'on assiste au début de la maladie, et lorsqu'elle s'est montrée sous l'influence de causes toutes locales, comme la malpropreté, les pansements irritants, etc., il est facile en général de l'arrêter ; il suffit souvent, dans ces cas, de quelques soins plus méthodiques pour obtenir en quelques jours une véritable transformation de la plaie.

Malheureusement ces cas ne sont pas les plus fréquents, et ordinairement on a affaire à des ulcérations qui existent déjà depuis longtemps, à des ulcérations qui se sont montrées sous l'influence de causes impossibles à saisir, qui ont envahi des surfaces étendues. C'est alors que le rôle du médecin devient difficile ; c'est alors, comme le disent les auteurs, qu'il faut avoir vu beaucoup, expérimenté souvent, pour pouvoir guérir son malade.

Rarement il existe des complications assez graves pour empêcher d'attaquer directement le mal. Dans quelques circonstances, l'inflammation est très vive et s'oppose à l'emploi immédiat des agents actifs Alors quelques jours de repos suffisent pour rame-

ner le calme, et ce résultat s'obtient plus facilement encore si l'on y joint quelques applications émollientes aidées de bains généraux.

Dans la grande majorité des cas, on peut et l'on doit employer d'emblée un traitement local actif, si l'on veut obtenir des succès et ne pas s'exposer à voir l'ulcère s'étendre et atteindre des dimensions inquiétantes.

On peut répéter pour le chancre phagédénique ce qu'un syphilographe éminent dit en parlant du traitement du chancre simple : la conduite du médecin est nettement indiquée, il faut réduire l'ulcération à l'état de plaie simple; or cette indication est parfaitement remplie par la cautérisation. Les caustiques, en effet, forment la base du traitement; le plus souvent même ils pourront guérir sans le secours d'aucun autre moyen.

Mais est-il indifférent de prendre un caustique au hasard et de l'appliquer sur la plaie pour obtenir la guérison? Certainement non, et c'est là précisément que gît toute la difficulté ; le choix du caustique est important au premier chef, comme nous allons le voir.

Et d'abord il faut rejeter tous les caustiques qui n'ont qu'une action superficielle; ce qu'il faut ici, c'est un agent énergique, assez énergique pour détruire la spécificité de la plaie; un agent, en un mot, comme le dit M. Rollet, qui ne soit pas seulement modificateur, mais destructeur.

Existe-t-il un caustique particulier qui atteigne sûrement ce but, auquel on puisse se fier dans tous les cas avec certitude ! Eh bien ! je ne crains pas de le dire, ce spécifique n'existe pas ; il est encore à trouver.

Tous les caustiques énergiques sont égaux devant le phagédénisme, seulement il faut les varier, n'avoir une foi aveugle dans aucun, et savoir que si tous peuvent guérir, tous aussi peuvent échouer dans des cas en apparence semblables. Or, il faut bien l'avouer, il serait impossible au plus habile, un chancre phagédénique étant donné, de déterminer à priori quel topique amènera le plus sûrement la cicatrisation. Trop souvent on ne peut arriver au but qu'après des tâtonnements répétés.

S'il n'y a rien d'absolu dans la thérapeutique de l'ulcère rongeur, cependant on peut dire qu'il y a dans l'emploi des moyens certaines règles dont le choix permettra au praticien instruit d'obtenir la guérison là où un autre moins expérimenté n'aurait pas réussi.

Examinons les différents moyens proposés par les auteurs, d'après leur ordre d'importance; à ce titre, la cautérisation nous occupera d'abord.

Un grand nombre de caustiques ont été expérimentés, quelques-uns seulement sont restés dans la pratique : le fer rouge, le caustique carbosulfurique, le chlorure de zinc uni à la farine de froment pour former la pâte de Canquoin, la pâte de Vienne, se partagent aujourd'hui les faveurs des praticiens.

Bien d'autres pourraient être employés : la potasse caustique, le nitrate acide de mercure, le chlorure d'antimoine; les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique; la pâte arsenicale, etc. La plupart ont été rejetés : les uns sont d'un emploi difficile, les autres agissent trop superficiellement; quelques-uns ont bien une action assez énergique, mais impossible à limiter.

Ainsi donc quatre caustiques, auxquels on pourrait encore ajouter l'acide nitrique monohydraté, voilà tout l'arsenal thérapeutique local du phagédénisme, et avec leur secours on pourra se rendre maître du mal, je ne dis pas dans tous, mais au moins dans l'immense majorité des cas.

Chacun d'eux offre des inconvénients et des avantages. Ainsi, pour ne parler que des trois plus importants :

Le fer rouge peut être appliqué sur une grande surface, puisqu'on peut endormir le malade pendant son application, mais son emploi exige un appareil toujours effrayant pour le patient, et il est souvent impossible de le faire consentir à plusieurs applications successives, surtout dans la clientèle particulière.

La pâte carbosulfurique est d'un emploi facile; son état demi-liquide permet de la faire pénétrer dans les replis les plus profonds de l'ulcération, mais elle est très douloureuse, et l'on ne peut l'appliquer que sur de petites surfaces. Si l'on a affaire à une ulcération étendue, un grand nombre de cautérisations sont nécessaires, et la guérison se fait longtemps attendre.

Le caustique de Canquoin est d'une application plus difficile, mais en revanche il est moins douloureux.

Suivant les circonstances, on choisira l'un ou l'autre de ces caustiques, mais sans y attacher trop d'importance. On ne doit accorder une confiance exclusive à aucun. Il faut les abandonner lorsqu'ils n'amènent pas une amélioration immédiate, les employer tour à tour, y revenir même lorsque le succès n'a pas couronné une première tentative. On voit souvent la plaie, qui s'était modifiée sous l'influence des premières cautérisations, rester ensuite stationnaire, malgré de nouvelles applications : alors il faut avoir recours à un autre topique; après quelques jours, on pourra revenir au premier employé, et l'on sera quelquefois étonné de son action favorable.

Il est inutile, je pense, de donner les règles particulières qui

doivent présider à l'application de chacun des caustiques. Elles ont été décrites tant de fois qu'il serait oiseux de les répéter ici. Je me contenterai de rappeler les règles générales que l'on doit observer dans tous les cas, quel que soit le caustique employé.

1° Absterger avec soin la surface à cautériser et enlever toutes les humidités.

2° Préserver les parties voisines, et surtout les parties déclives, en les recouvrant d'emplâtres ou de charpie en quantité suffisante.

3° Étendre la cautérisation exactement à tous les points malades. « Il faut, dit M. Rollet en parlant de la cautérisation du chancre phagédénique au fer rouge, avoir l'œil sur les bords décollés et amincis de l'ulcère ; il faut qu'aucun réduit n'échappe. La peau décollée doit être cautérisée non-seulement en dessous, à revers, mais même en dessus, de manière qu'elle soit entièrement modifiée et détruite. En règle générale, il faut cautériser profondément pour que la cautérisation dépasse les limites du chancre, et cautériser partout pour que rien de chancreux n'échappe. » J'ajouterai qu'il est même prudent d'étendre la cautérisation à quelques millimètres au delà de la plaie.

Après les cautérisations, on a recours à des pansements qui varient un peu avec le caustique dont on s'est servi. L'emploi du fer rouge exige pendant deux ou trois jours des applications d'eau froide, puis ensuite on a recours au vin aromatique. On peut remplacer ce dernier par l'eau blanche, l'eau chlorurée, etc.

On attendra avec les autres caustiques la chute des eschares, et l'on usera des mêmes topiques pour panser les plaies qu'elles laisseront à nu.

A propos des pansements consécutifs aux cautérisations, je dois signaler ici un topique peu connu encore, mais qui déjà a rendu de véritables services, c'est l'alcoolé de guaco.

Retiré d'une plante de la famille des synanthérées, ce produit a été vulgarisé dans ces derniers temps par M. Pascal.

Le mode d'emploi de ce topique est fort simple, on peut l'employer pur ou étendu d'une certaine quantité d'eau.

Sans admettre la spécificité que l'auteur accorde à ce médicament contre le virus chancreux, je crois qu'il est fort utile, et que son emploi est appelé à rendre de notables services dans la thérapeutique des affections vénériennes. Dans le chancre phagédénique, par exemple, il remplace avec avantage le vin aromatique et tous les autres topiques détersifs et astringents ; sous son influence, on voit la plaie bourgeonner et prendre un aspect vermeil. Je dois dire cependant que ce n'est qu'un moyen secondaire ; employé seul, en effet, ses résultats sont à peu près nuls

contre le phagédénisme ; mais, associé aux caustiques, il accélère toujours la guérison.

Malgré les cautérisations les mieux faites, les plus méthodiques, un certain nombre d'ulcères phagédéniques ne guérissent pas; ils restent stationnaires, ou bien s'étendent, guérissent sur un point, mais envahissent d'un autre côté. Le praticien sera-t-il complétement désarmé pour cela? Non, car il existe un second ordre de moyens, moins importants sans doute que les précédents, mais qui pourront encore, dans bon nombre de cas, conduire au résultat cherché. Employés par des auteurs recommandables, ils ont guéri là où d'autres moyens plus actifs avaient échoué ; on ne devra donc pas les négliger.

On doit placer au premier rang de ce second ordre de moyens le tartrate ferrico-potassique, employé, suivant la formule de M. Ricord, à l'intérieur et en applications locales.

La stéarate de fer, préparé d'après la méthode de M. Braille, viendra en seconde ligne. Il a donné quelques rares résultats satisfaisants.

Le chlorure de zinc en solution étendue donne quelquefois de bons résultats.

La compression, l'irrigation continue, ont rendu des services.

On a, dans quelques cas, appliqué des sangsues directement sur l'ulcération. On ne saurait trop blâmer cette médication, qui est non-seulement inutile, mais dangereuse ; elle favorise fatalement l'extension de la plaie sans profit pour le malade.

Dans les cas désespérés, on a eu recours aux remèdes les plus opposés et quelquefois avec succès, il me suffira de citer les cataplasmes de carottes, de pommes de terre, la cire fondue, les onguents digestifs, etc.

Du reste, comme le fait remarquer avec tant de justesse M. Melchior Robert, une fois dans le champ de l'empirisme, le médecin ne raisonne plus, il peut faire usage de tous les moyens qu'il croit susceptibles de quelque avantage.

Je dois, en terminant, mentionner un fait remarquable rapporté par M. Ricord. Cet observateur a vu un ulcère phagédénique qui existait depuis longtemps, qui avait résisté aux traitements les plus rationnels, guérir sous l'influence d'un érysipèle intercurrent. Ce fait avait déjà été signalé par les auteurs, mais pour des affections autres que le phagédénisme, et en particulier dans les maladies graves de la peau. C'est certainement de la même façon qu'agissent les vésicatoires, auxquels j'ai eu quelquefois recours avec succès.

Traitement général. — Les auteurs sont d'une concision déses-

pérante lorsqu'ils abordent le traitement général du chancre phagédénique ; ils conseillent les toniques sous diverses formes, et à cela se réduit toute leur thérapeutique.

M. Melchior Robert fait une heureuse exception, il s'étend assez longuement sur cette partie intéressante, et il émet des opinions toutes spéciales que nous devons exposer ici.

Cet auteur admet que, dans l'ulcère rongeant, le sang est toujours altéré dans la partie globuleuse ; son caillot se recouvre en effet d'une pellicule blanchâtre et molle ; il explique la formation de la pseudo-membrane par la présence dans le sang d'un excès relatif de fibrine, par suite de la diminution des globules. « Partant de ce principe, dit-il, M. Ricord a administré le fer avec succès. Mais cette explication ne peut s'appliquer aux individus pléthoriques, robustes. Je suis tenté, continue le même observateur, d'attribuer dans ces cas le phagédénisme à un excès réel de fibrine, le chiffre des globules restant le même. Alors le traitement par le fer devient irrationnel, et je proposerais volontiers d'avoir recours aux altérants, et en particulier au nitrate de potasse à hautes doses. » Il explique de cette façon encore les exemples de phagédénisme guéris par le mercure, qui alors agirait non comme spécifique, mais comme altérant.

Je devais mentionner cette interprétation nouvelle des faits, en laissant la responsabilité à l'auteur qui l'a émise.

Le traitement général est un auxiliaire utile dans la thérapeutique du chancre rongeur, mais on ne doit pas lui demander plus. Il faut surtout se garder de croire que le chancre est dû à un virus spécial ; car on serait alors tenté d'administrer le spécifique, et, comme nous l'avons déjà répété bien des fois, on commettrait une grande faute en agissant ainsi.

La thérapeutique interne employée seule est le plus souvent insuffisante ; mais je crois aussi qu'en l'associant au traitement local, elle peut rendre des services dont le praticien ne doit jamais se priver dans une affection dont la guérison est souvent si difficile à obtenir.

Les indications sont fournies d'une part par la constitution du sujet ; de l'autre, par l'ulcération elle-même. Je m'explique. Il est évident que, quel que soit l'état général du malade au début de l'affection, il est évident, dis-je, qu'il arrivera un moment où sa constitution s'altérera fatalement sous l'influence des pertes continuelles qu'il fait. Là se trouve donc une première indication qui s'adresse à presque tous les cas. Les toniques en effet conviendront toutes les fois que l'ulcération aura duré un certain temps, que l'organisme sera débilité. On obtiendra alors de bons effets de

l'emploi du fer, du quinquina, des bains sulfureux ; on y joindra un régime fortifiant, les amers sous toutes les formes. Souvent une saison aux eaux des Pyrénées, le séjour à la campagne, un changement de climat, et surtout le passage d'un pays froid dans un pays plus chaud, dans ces circonstances, amèneront les résultats les plus heureux.

On rencontre peu d'exceptions à l'indication générale que je viens de poser. Cependant je dois rappeler ici que le phagédénisme, au début surtout, et lorsqu'il se montre chez des individus robustes, pléthoriques, s'accompagne de symptômes inflammatoires qui doivent faire rejeter les reconstituants. On pourra alors avoir recours aux antiphlogistiques; mais il faut toujours le faire avec modération, et ne pas oublier que le phagédénisme est une affection profondément débilitante par elle-même. Ce serait peut-être dans ces cas qu'on pourrait tenter l'emploi des altérants à hautes doses avec quelques chances de succès.

Des indications non moins importantes sont tirées de la constitution primitive du sujet, si je puis m'exprimer ainsi. Est-il sous l'influence d'une diathèse, on la combattra par tous les moyens connus; les antiscrofuleux, les antiscorbutiques, rendront alors de grands services; il suffira de se reporter un instant à l'étude que nous avons faite des causes pour compléter cet énoncé sommaire.

Il ne faut pas oublier que le traitement par l'opium à hautes doses a donné, entre les mains de M. Rodet, d'excellents effets.

Dirai-je enfin, après l'avoir tant de fois condamné, qu'on pourra quelquefois employer la médication mercurielle, qu'on a vue produire des résultats heureux dans certaines circonstances? Lorsqu'on a épuisé tous les traitements rationnels, et que le mal reste stationnaire; lorsque enfin on est entré dans le champ de l'empirisme, alors on peut, en désespoir de cause, avoir recours aux mercuriaux; mais il faut attentivement surveiller le malade, et, à la moindre aggravation des symptômes, suspendre l'emploi du médicament, si l'on ne veut pas s'exposer à faire naître des désordres irréparables.

Mais le phagédénisme s'est montré sur un chancre infectant, il existe même des symptômes constitutionnels concomitants : quelle sera dans ce cas la conduite du médecin ? devra-t-il administrer le traitement spécifique? Dans ces cas, il faut d'abord attaquer l'accident local, et lorsqu'on l'aura arrêté par un traitement énergique, on administrera le mercure.

CHAPITRE III.

DU BUBON.

On peut appeler *bubon* tout engorgement douloureux ou non des ganglions lymphatiques. Pris ainsi dans sa signification la plus large, le mot *bubon* ne serait pas seulement applicable aux engorgements ganglionnaires inguinaux, mais à tout retentissement ganglionnaire dans les diverses régions où s'amassent les glandes lymphatiques. L'analogie plaiderait aussi en faveur de cette extension du mot *bubon*, et il ne serait pas illogique de classer sous la même dénomination les tumeurs ganglionnaires sous-maxillaires, cervicales, axillaires, etc., parce que nous trouvons là les mêmes causes, les mêmes influences capables de les produire qu'à la région de l'aine.

Cependant on est resté fidèle au sens étymologique du mot (βουβών, aine), et aujourd'hui on réserve le nom de *bubon* au retentissement ganglionnaire inguinal. On l'appelle aussi indifféremment *adénite.*

L'histoire du bubon est aussi ancienne que celle de la vérole. Elle remonte à la plus haute antiquité, ainsi que je l'ai déjà dit au chapitre de l'historique de la syphilis. Il en est question dans les auteurs bien avant les récits de la fameuse épidémie du xve siècle, on le trouve alors clairement désigné sous le nom d'*apostème.* Guillaume de Salicet, dans sa *Chirurgie*, y consacre un chapitre intitulé : *De apostemate calido vel frigido in inguinibus.* Plus tard, on en trouve de bonnes descriptions dans Fallope, Fernel, Astruc, Hunter.

Longtemps on a *divisé* les bubons en *aigus* et en *chroniques;* mais cette division n'est plus acceptable aujourd'hui. Elle ne repose pas sur des caractères assez tranchés, et l'on sait en effet très bien qu'une adénite, comme toute inflammation, peut passer de l'état aigu à l'état chronique, et que, dans ce dernier état même, elle peut traverser des phases de franche inflammation; il faut donc diviser aujourd'hui les bubons suivant leurs causes, suivant leur nature, et distinguer le *bubon simple* ou *sympathique*, le *bubon d'absorption*, ou *adénite virulente*, le *bubon diathésique* ou *symptomatique du chancre induré*, enfin le *bubon d'emblée*, dont nous ne parlerons que pour réfuter l'opinion de ceux qui l'admettent.

Le *bubon simple* ou *sympathique* est celui qui résulte d'une in-

PLANCHE XLVIII.

BUBONS.

Fig. 1. — Bubon mono-ganglionnaire chancreux, suppuré, fluctuant; peau amincie et violacée.

Fig. 2. — A, A, A, A, chancres mous ganglionnaires à la période d'état, consécutifs à une adénite multiple chancreuse.

B, ganglion non suppuré.



Annedouche sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny Gros

flammation vulgaire dans la région en rapport avec les ganglions engorgés, inflammation qui se propage jusqu'à ces ganglions par la voie naturelle des vaisseaux lymphatiques : c'est donc une adénite aiguë.

Ses causes sont : les inflammations catarrhales ou cutanées, les plaies, les ulcérations de la région correspondante, telles que la blennorrhagie, la balano-posthite, l'herpès, l'eczéma, les végétations, etc.

Rarement la blennorrhagie à elle seule produit l'adénite, et surtout l'adénite qui arrive à la suppuration ; cependant on en voit quelques exemples.

Le bubon simple occupe tantôt les deux aines à la fois, tantôt une seule.

L'adénite blennorrhagique siége le plus souvent des deux côtés.

Les symptômes sont presque toujours seulement locaux : c'est une tumeur plus ou moins volumineuse qui présente les différents signes de l'inflammation : rougeur, chaleur et douleur. Le plus souvent les symptômes s'arrêtent là : il n'y a pas de réaction générale, ou à peine marquée par un peu de malaise et un léger mouvement fébrile.

Bubon d'absorption, ou *adénite virulente*. — Tandis que dans l'adénite simple l'inflammation joue le seul et unique rôle, dans l'adénite virulente il existe en plus un principe particulier, un virus comme élément essentiel, dont la source est le chancre mou. Cela ne veut pas dire que l'adénite consécutive à ce chancre est fatalement virulente ; ce serait une erreur, car on rencontre souvent des engorgements ganglionnaires aigus et suppurés, dont le produit n'a rien de virulent, et qui, ouverts, se comportent comme des plaies simples. Il y a même plus, on voit quelquefois une adénite suppurée, virulente d'un côté, alors que, du côté opposé, la collection purulente se résorbe naturellement ou sous l'influence d'un vésicatoire et de la teinture d'iode, ce qui indique toujours qu'on n'avait affaire qu'à un abcès purement inflammatoire.

Le bubon d'absorption se présente entouré des mêmes phénomènes, des mêmes signes extérieurs que l'adénite simple. Avant la période de suppuration, et l'ouverture, soit spontanée, soit artificielle, de la tumeur, il est impossible de dire quelle est sa nature. Mais si, à ce moment, on pratique une inoculation sur le sujet lui-même, on obtient des résultats positifs, pourvu toutefois que l'expérience soit bien faite, et qu'au lieu d'inoculer le pus du ganglion, on n'inocule pas seulement le pus du tissu cellulaire environnant. C'est là une précaution qui a sans doute manqué à toutes les expériences dont les résultats ont été négatifs, celles de Bru,

entre autres, et qui ont fait affirmer d'une manière absolue à cet auteur la non-inoculabilité du bubon en général.

Sans inoculation même, et par le seul aspect que va prendre la plaie du bubon ouvert, on peut également la distinguer de l'adénite simple.

En effet, les bords de la plaie n'ont aucune tendance à se réunir ; au contraire, ils s'écartent, ils deviennent inégaux, dentelés, taillés à pic, décollés, en un mot : c'est tout l'aspect d'un chancre mou. De là le nom de *chancre ganglionnaire*, *bubon chancreux*.

Le bubon d'absorption coïncide surtout avec le chancre du frein et celui du limbe du prépuce. L'explication de ce fait n'est pas facile à donner ; on a pensé que les tiraillements exercés sur le frein et sur le limbe pour mettre le gland à découvert pourraient avoir quelque influence : c'est possible.

L'adénite virulente peut se montrer à toutes les périodes du chancre mou. Cependant il est fréquent de la voir apparaître à une époque assez éloignée, et lorsque la cicatrisation est près de se faire. M. Puche a cité l'observation d'un homme qui portait, depuis trois ans, un chancre mou phagédénique, sans retentissement ganglionnaire, et qui, au bout de ces trois années, vit apparaître un bubon qui suppura et donna naissance à du pus inoculable.

La cicatrisation du chancre ne garantit même pas de l'adénite virulente. Il semble qu'alors il y ait une virulence latente et que rien ne peut faire supposer, puisque les ganglions sont restés intacts pendant toute la durée de l'ulcération.

Les ganglions de la partie moyenne des aines sont ceux qui sont affectés dans l'adénite simple aussi bien que dans l'adénite virulente.

Il est des cas où l'adénite, par sa position, peut déterminer d'avance le siége de l'ulcération dont elle résulte. C'est ainsi que l'engorgement, siégeant à la portion la plus externe du pli de l'aine, correspond au chancre de l'anus. Ces faits s'expliquent anatomiquement par la disposition des vaisseaux lymphatiques qui servent en quelque sorte de fils conducteurs.

Quel est le siége précis de la tumeur ganglionnaire? On peut répondre hardiment que ce ne sont jamais les parties profondes, mais bien les ganglions superficiels : il semble qu'il y ait là une barrière qui protége les ganglions profonds. M. Follin a démontré en quelque sorte expérimentalement et matériellement ce rôle des ganglions superficiels. Dans ses recherches sur le tatouage, il a trouvé constamment la matière colorante, indigo, curcuma, minium, carmin, encre bleue ou noire, etc., dans les ganglions superficiels, et jamais dans les ganglions profonds L'analogie est



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE XLIX.

BUBONS.

Fig. 1.— Large chancre mou ganglionnaire, consécutif à l'ouverture d'un bubon chancreux suppuré.

Fig. 2. — *Bubon chancreux suppuré mono-ganglionnaire.*

A, A, ouvertures multiples dont les bords ne sont pas encore inoculés; peau décollée et amincie, portant encore les traces du vésicatoire et de la teinture d'iode.

---

ici trop éclatante pour ne pas conclure que ce qui est vrai de ces diverses substances, doit l'être aussi du pus virulent.

J'ai déjà dit que la plaie du bubon d'absorption tendait souvent à s'agrandir. On ne sera donc point étonné que le phagédénisme inguinal soit aussi fréquent que celui de la verge, et produise ces affreuses pertes de substance dont on trouve des exemples partout. J'en ai observé quelques-uns dont la plaie était si vaste et si profonde, qu'on voyait battre l'artère crurale disséquée dans une certaine étendue. Naguère on pouvait voir dans mon service un homme portant la cicatrice d'un chancre ganglionnaire phagédénique, dont l'ulcération avait envahi tout le pli de l'aine, contourné le haut de la cuisse d'avant en arrière, et gagné ainsi la marge de l'anus.

Diagnostic.— Le *diagnostic* du bubon est en général facile ; nous ne reviendrons pas sur la différence qui existe entre le bubon simple et le bubon d'absorption. Nous avons déjà dit qu'avant l'ouverture de la tumeur, il était impossible de se prononcer ; nous avons également assez insisté sur les nombreuses et profondes différences qui séparent alors ces deux adénites.

Quant au diagnostic entre le bubon d'absorption et le bubon diathésique, nous le ferons mieux saisir en faisant l'histoire de ce dernier.

Les *abcès par congestion*, les *hernies inguinales*, les *anévrysmes de l'artère crurale*, enfin toutes les tumeurs de l'aine, dans le diagnostic différentiel desquels je ne dois pas entrer, présentent bien quelques points de ressemblance avec le bubon ; mais, dans la plupart des cas, il suffira d'un peu d'attention pour les reconnaître.

Cependant je pourrais citer de tristes erreurs de diagnostic !

C'est ainsi qu'il y a déjà longues années, à l'hôpital du Midi, on a plongé un bistouri dans une poche anévrysmale sur laquelle s'était produit un bubon terminé par suppuration. Le malade fut du reste assez heureux pour guérir par la compression immédiate, sans qu'on fût obligé de faire la ligature.

Une cause d'erreur qui peut se rencontrer, c'est l'ectopie testiculaire. Mon père a rapporté l'observation d'un enfant de quatorze ans, accusé par ses parents d'avoir eu des rapports avec des filles, et dont la tumeur inguinale n'était autre qu'une épididymite du testicule retenu à l'anneau.

Adénite diathésique ou symptomatique du chancre induré. — Tandis que l'adénite *virulente* a une marche aiguë, qu'elle peut se montrer à toutes les périodes du chancre mou, et que, le plus souvent, elle est mono-ganglionnaire, l'adénite *diathésique*, au contraire, est indolente : elle apparaît dans le premier septénaire

qui suit la naissance du chancre, enfin elle se fait par pléiade. C'est à M. Ricord que l'on doit ce mot, et il est heureux. Le plus souvent la pléiade est double : elle existe des deux côtés, lors même qu'il n'y aurait qu'un seul chancre induré Souvent aussi on peut sentir un ganglion plus volumineux que les autres : c'est le ganglion anatomique de M. Ricord. On a expliqué la présence de ce ganglion de plusieurs manières.

M. Ricord pense que, parmi les ganglions de l'aine, il y en a un seul en rapport avec le chancre, et que le reste de la pléiade est tuméfié diathésiquement, sous l'influence de la maladie générale.

Pour moi, je ne vois dans cette opinion qu'une hypothèse, et je n'explique pas autrement le retentissement ganglionnaire que par l'altération des parties molles en rapport.

Les pléiades persistent très longtemps, même après la guérison du chancre induré, et c'est là un signe qui a de la valeur, parce qu'il indique au médecin quelle était la nature du chancre qui a pu disparaître sans laisser de traces propres à le faire reconnaître.

On a dit que l'engorgement ganglionnaire était en rapport avec le degré d'induration du chancre. Mais à chaque instant nous observons des faits qui viennent démentir cette assertion, et il n'est pas même rare de voir des rapports en sens inverse s'établir entre le degré d'induration du chancre et celui de l'engorgement ganglionnaire.

La lymphite accompagne souvent ces pléiades, et l'on peut suivre ainsi sous la peau le trajet en léger relief de l'inflammation spécifique.

Le diagnostic n'offre pas beaucoup de difficultés, à moins d'inflammation périganglionnaire. L'adénite diathésique se distingue de l'adénite virulente par son apparition plus rapide, par son indolence, par sa forme en pléiade, par sa grande tendance à ne pas suppurer, enfin, dans le cas de suppuration, par les résultats négatifs de l'inoculation sur le sujet lui-même.

Il y a cependant des cas où le diagnostic n'est pas aussi simple : chez les scrofuleux, par exemple, il n'est pas rare de rencontrer ces pléiades ganglionnaires ; mais alors on sera averti par l'habitude extérieure du malade, on recherchera les traces ordinaires de la scrofule, on se renseignera sur l'hérédité, sur les antécédents.

Plus tard, le diagnostic se fera de lui-même : le bubon, suivant sa marche, pourra se transformer en ulcère scrofuleux caractéristique.

Enfin, le diagnostic est plus difficile encore quand l'adénite diathésique vient se compliquer d'adénite strumeuse. On sait, en effet, et cela a été surtout bien indiqué par M. Bazin, que la syphilis a la

PLANCHE L.

Pléiade ganglionnaire indolente, multiple, biinguinale; développement considérable des ganglions.

A, trace d'un chancre induré du fourreau.



Pl. 50.



Forget sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

propo
plus c
simple
Nou
sur le
bubon
Le
infect
anato
cre,
infla
de d
à ac
pré
aus
att
es
de
l'
d

propriété de réveiller la diathèse scrofuleuse. La question est donc plus compliquée au point de vue du diagnostic, mais elle reste simple quant au traitement.

Nous touchons à un point important de l'histoire du bubon, et sur lequel les auteurs sont loin d'être d'accord : je veux parler du *bubon d'emblée*. Que veut dire ce mot ?

Le bubon d'emblée est celui qui se manifesterait après un coït infectant, sans la moindre altération des parties molles en rapport anatomique. Ainsi, ce serait un bubon, non-seulement sans chancre, mais encore sans la plus légère altération de tissus, sans inflammation, sans blennorrhagie, par exemple. Je n'ai pas besoin de dire combien, à priori, l'existence d'un pareil bubon est difficile à admettre. Les anciens, toutefois, y croyaient : on en trouve de prétendus exemples dans Fallope, Astruc, Swediaur ; Hunter a été aussi regardé comme partisan de ce bubon, mais en le lisant avec attention, on voit qu'une semblable opinion répugne à ce grand esprit ; aussi recommande-t-il de rechercher avec soin les altérations des parties molles qui peuvent en être le point de départ. C'est de l'oubli de ce précepte qu'est sortie l'étrange théorie du bubon d'emblée.

De nos jours, ces doctrines ont encore des partisans. MM. Lagneau, Cazenave, Gibert, Baumès, Raynaud, Vidal (de Cassis), en ont cité un bon nombre d'exemples que je ne puis discuter, mais dans lesquels j'ose affirmer qu'il y a de grandes lacunes, au point de vue de l'examen complet des malades. Ainsi dans ces observations, dont quelques-unes sont souvent relatées en quelques lignes, il est dit, par exemple : les organes génitaux ne présentaient aucune lésion. Mais il n'est pas question de l'état du bas-ventre, des bourses, de l'anus surtout, dont les plis cachent si fréquemment des ulcérations molles ou des érosions chancreuses bien capables de produire l'engorgement inguinal. Presque jamais on n'a fait l'inoculation pour s'assurer que le pus de ce bubon était virulent ou non, et dans les deux cas de M. Baumès, ainsi que dans celui de M. Gibert où l'inoculation a été pratiquée avec un résultat positif, on a toujours à objecter une investigation incomplète des parties en rapport avec le ganglion. Dans les observations de M. de Castelnau il y avait de la vaginite, et je n'en demande pas davantage pour expliquer la présence de l'adénite. D'ailleurs aussi dans celle de ses observations qui lui paraît la plus probante, le col de l'utérus n'avait été examiné que bien longtemps après qu'un chancre aurait pu y parcourir toute son évolution.

En 1858, M. Diday reprit la question du bubon d'emblée, et,

la modifiant à sa manière, en donna une théorie des plus subtiles. M. Diday commence par déclarer que lorsque la suppuration de ce bubon a lieu, ce qu'il a vu, dit-il, une fois sur quatre, « jamais l'ouverture ne donnera lieu par l'inoculation à une pustule chancreuse; » puis il ajoute : « jamais un homme qui n'a eu pour tout symptôme vénérien qu'un bubon de cette espèce n'est ultérieurement atteint de syphilis constitutionnelle. » Qu'est-ce donc alors pour mon trop ingénieux confrère que le bubon d'emblée, puisqu'il ne participe ni du chancre mou, ni du chancre induré, qu'il considère, l'un comme entièrement étranger à la vérole, mais avec un virus spécial, et l'autre la produisant fatalement? C'est une adénite purement inflammatoire déterminée par le contact d'un chancre, mais sans altération du point contagionné, et voici comment M. Diday en explique la possibilité : « De même, dit-il, que le virus produit des chancres sans bubon quand le filtre capillaire a rempli tout son office, de même il peut donner des bubons sans chancre si le filtre ganglionnaire a dû jouer le principal rôle. Seulement, dans ce dernier cas, le filtre périphérique a néanmoins agi quoique imparfaitement; il a pu, par conséquent, priver le virus de sa propriété la plus dangereuse, pour n'en faire vis-à-vis des organes qu'il va ensuite traverser, c'est-à-dire vis-à-vis du ganglion, qu'un agent d'inflammation commune. »

Voilà bien des explications hasardées pour arriver, en définitive, au même résultat que ceux qui, comme moi, ne croient pas au bubon d'emblée, et qui, lorsqu'ils observent une tumeur ganglionnaire aiguë ou indolente sans lésions de la verge après un coït quelconque, ne la considèrent que comme une adénite simple, telle que peuvent la produire les excès, les fatigues, les marches forcées, etc., qui ne s'en préoccupent pas pour l'avenir des malades et qui la traitent comme une inflammation vulgaire.

Le *pronostic* des bubons varie suivant les espèces : c'est ainsi que l'adénite *simple* n'offre le plus ordinairement aucun danger si elle se termine par résolution, et si elle suppure, elle rentre dans la catégorie des abcès vulgaires, et elle est accessible aux mêmes moyens thérapeutiques.

Le bubon d'*absorption* est plus grave parce qu'il suppure toujours, qu'il s'ulcère, qu'il est toujours d'une longue durée et qu'il peut se compliquer de phagédénisme.

L'adénite *diathésique* a une valeur pronostique considérable : elle éclaire le médecin ; elle lui indique que le malade est en possession de la syphilis constitutionnelle, et que, malgré la disparition possible du chancre induré, il est encore loin d'être guéri. Il ne faut pas toutefois accepter cette dernière proposition sans restric-

tion, car on peut rencontrer des malades, et, pour mon compte, j'en ai vu un certain nombre, qui, au bout de plusieurs années, et après avoir passé par les manifestations constitutionnelles traitées régulièrement et disparues depuis longtemps, conservaient encore des indurations ganglionnaires très accentuées.

Le *traitement* doit nécessairement varier suivant la nature du bubon.

L'adénite *simple* sera efficacement combattue par le repos, les émollients, les bains, quelques légers laxatifs et une nourriture moins substantielle. Les sangsues auxquelles, à mon avis, on a trop souvent recours, sont presque toujours inefficaces, et quand on se décide à les appliquer, il faut avoir grand soin que le pus du chancre n'en souille pas les morsures pour éviter l'inoculation.

L'adénite *virulente* au début, nous l'avons dit, ne peut être distinguée de l'adénite simple. Néanmoins, bien que, dans le cas d'adénite virulente, le traitement abortif soit destiné à échouer, dans l'incertitude on pourra la traiter comme un simple abcès.

On a conseillé comme abortifs : la compression, les applications de glace, la section sous-cutanée des vaisseaux lymphatiques qui du chancre se rendent à l'aine. Mais tous ces moyens sont peu efficaces, et le dernier est à peu près impraticable. En effet, la compression au début est difficile à faire exactement, et elle est souvent très douloureuse ; ce n'est que lorsque le bubon a suppuré et qu'on veut combattre le décollement qu'elle peut convenir. Les applications réfrigérantes ne sont pas sans danger et la glace a quelquefois déterminé de la gangrène. Quant à la section sous-cutanée des vaisseaux lymphatiques qui n'a été conseillée que d'après des idées préconçues, on se demande à quelle époque il conviendrait de la pratiquer. Comme tous les chancres ne sont pas fatalement suivis de bubons, quelle est la nécessité de la faire dès que l'ulcération commence; et si l'adénite est déjà produite, comment la section lymphatique pourrait-elle en arrêter la marche ? Aussi c'est une méthode justement abandonnée.

Je me sers avec beaucoup plus de succès de vésicatoires appliqués sur le bubon, et j'active la résolution en couvrant la peau dénudée de teinture d'iode. Il n'est pas rare alors de voir se résoudre ces tumeurs ganglionnaires, même dans le cas où elles sont arrivées à l'état de collection purulente bien manifeste. Je rappelle que ce moyen a été employé avec le même succès par M. Pirondi et par M. Bouisson.

M. Malapert, imité ensuite par M. Reynaud (de Toulon), a préconisé en application locale une solution concentrée de sublimé ; mais cette méthode a l'inconvénient de produire des eschares qui

peuvent bien laisser filtrer le pus contenu dans le foyer, mais qui déterminent des solutions de continuité considérables.

On s'est aussi servi efficacement de pointes de feu faites à l'aide de petits cautères actuels en roseau, et l'on a eu en vue par ce moyen d'exciter la tumeur pour y favoriser la résorption. M. Melchior Robert, toujours en vue de la révulsion, a l'habitude de faire appliquer sur le bubon, suppuré ou non, plusieurs cautères avec la pâte de Vienne, et dit en obtenir de bons résultats.

Quand la résolution de la tumeur ne peut être obtenue, et elle ne l'est jamais lorsque c'est à une adénite virulente que l'on a affaire, il faut donner issue au pus. Plusieurs procédés ont été proposés. Autrefois on se servait avec abus des caustiques. On produisait une eschare profonde qui, éliminée, exposait le malade à une suppuration abondante, et laissait après elle d'affreuses cicatrices. Cependant aujourd'hui quelques praticiens les emploient encore afin de neutraliser la virulence de l'abcès, mais c'est une espérance bien illusoire, parce que la peau détruite, il resterait à toucher, et à toucher très énergiquement avec le caustique, tous les points de la poche purulente.

Les ponctions multiples faites sur le bubon à l'aide d'une lancette ou d'un bistouri ont été très vantées, surtout par Vidal (de Cassis). Mais ce sont là autant de plaies qui s'ulcèrent si l'abcès est virulent, et deviennent autant de chancres qui finissent eux-mêmes par se confondre en une seule et vaste ulcération chancreuse plus difficile à guérir.

Pour moi, je pratique une simple incision à l'aide du bistouri, et je la fais étroite. Le travail ulcératif se charge bien assez de l'agrandir.

Les complications de l'état aigu des bubons abcédés, gangrène, diphthérite, phagédénisme, ne réclament pas d'autres médications que celles que j'ai indiquées à l'article des mêmes accidents du chancre auquel je renvoie.

Les adénites aiguës qui ne suppurent pas peuvent se terminer par engorgement chronique, et cela a lieu souvent chez les individus lymphatiques. Les résolutifs locaux, tels que frictions avec les pommades mercurielles ou iodurées, les vésicatoires, le cautère actuel ou potentiel, la compression, les douches d'eau sulfureuse, deviendront alors indispensables, conjointement avec le traitement interne antistrumeux : préparations ferrugineuses, iode sous toutes formes, huile de foie de morue, bonne nourriture et abstention d'un repos longtemps prolongé.

Le même traitement sera applicable aux décollements qui suivent quelquefois les adénites suppurées. Toutefois, il ne faut pas s'ef-



card sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Gény Gr

PLANCHE LI.

Bubons strumeux suppurés.

A droite, adénite multiple. A, A, A, A, ouverture irrégulière avec décollement et amincissement des bords, bien différente de l'ulcération chancreuse.

A gauche, gros ganglion unique. B,B,B, perforation plus récente, multiple. Période moins avancée que du côté opposé (non vénérien).

frayer des fistules qui sont réfractaires à tous ces moyens, car il arrive souvent qu'abandonnées à la nature, elles guérissent.

Quant à l'excision de la peau décollée, elle peut souvent être faite, mais à la condition que l'ulcération aura perdu son caractère virulent.

Quels moyens doit-on employer contre le *bubon diathésique?*

Si l'adénite suit sa marche régulière indolente, on se gardera de toute application locale, et l'on considérera comme une fausse pratique, malheureusement trop générale, celle qui consiste en applications de pommades dites résolutives, et surtout d'emplâtres vulgairement désignés sous le nom de fondants, tels que ceux de Vigo, de ciguë, de savon, etc., qui n'ont aucune espèce de prise sur ces sortes d'engorgements, et qui ont souvent le grave inconvénient de déterminer sur la peau qu'ils recouvrent des éruptions érythémateuses, vésiculeuses et pustuleuses, et quelquefois même de l'érysipèle. Mais si l'induration se complique d'inflammation du tissu cellulaire ambiant et que celle-ci aille jusqu'à suppuration, ainsi qu'on le voit à la suite de grandes marches, de fatigue ou d'excès, il faudra se conduire alors comme si l'on avait affaire à un phlegmon simple, car ce n'est pas autre chose qu'un véritable phlegmon du tissu cellulaire, dans lequel nage, pour ainsi parler, le ganglion induré, bien différent en cela de l'adénite inflammatoire simple ou virulente, dans laquelle c'est la glande lymphatique elle-même qui est le siége de l'abcès. Les émollients, les antiphlogistiques seront donc alors parfaitement applicables, en se souvenant toutefois que, dans maintes circonstances, des bubons diathésiques qui se présentent avec un certain cortége inflammatoire et même avec une suppuration manifeste, reprennent leurs caractères réguliers après quelques jours seulement de repos à la chambre ou au lit, et par l'éloignement de toute cause irritante.

L'engorgement indolent étant aux ganglions lymphatiques ce que l'induration est aux chancres, il s'ensuit que le traitement interne de l'un et de l'autre doit être identique; or, comme j'ai dit à propos du chancre infectant, que bien que l'induration soit la meilleure caractéristique de la vérole, j'attends cependant pour administrer le mercure, les manifestations constitutionnelles, et cela pour les raisons que j'ai déjà développées, je ne pourrais que me répéter à propos de l'opportunité du traitement interne appliqué au bubon diathésique.

De la lymphite du chancre. — Le bubon, ou pour mieux dire l'adénite, n'est pas la seule complication lymphatique du chancre, et celui-ci, à quelque variété qu'il appartienne, peut s'accompa-

gner de la lésion des vaisseaux blancs qui, de l'ulcération, se rendent aux ganglions. On la constate partout où se développent des chancres, mais principalement à la verge.

La lymphite est, comme l'adénite, simplement inflammatoire, virulente, ou subit l'induration diathésique symptomatique du chancre et du ganglion indurés.

Toutes les fois que, par une cause quelconque, un chancre est pris d'inflammation, celle-ci peut atteindre les vaisseaux lymphatiques dans une étendue plus ou moins considérable, et rester tout à fait simple, même avec un chancre très virulent; de même qu'elle n'est pas frappée d'induration spécifique chaque fois qu'elle complique un chancre positivement infectant.

Si, dans la blennorrhagie, la lymphite débute ordinairement par le réseau lymphatique du gland et du prépuce, d'où elle se propage aux gros troncs du corps de la verge, c'est qu'elle a lieu lorsque l'inflammation uréthrale occupe la fosse naviculaire et le premier tiers du canal. Mais avec le chancre il n'en est plus ainsi, et on la voit alors distinctement partir du point même de l'ulcération, que celle-ci siége à la base du prépuce, à la couronne du gland ou sur la partie moyenne du fourreau. Aussi rencontre-t-on un ou plusieurs cordons enflammés, alors que les radicules sont intactes.

On reconnaît facilement la lymphite aiguë à la tuméfaction œdémateuse de la verge, qui détermine parfois les formes si bizarres que j'ai indiquées, et dont j'ai donné des spécimens en traitant de la blennorrhagie; à l'aspect rosé ou rougeâtre de la peau, à la douleur que le malade accuse dans toute l'étendue de l'organe pendant l'érection, aux cordons durs, noueux, résistants, formés par les lymphatiques qu'on peut suivre sur la partie moyenne ou sur les côtés du pénis jusqu'aux ganglions inguinaux. Quelquefois cependant l'œdème est tellement épais et distend la peau à un tel point que les cordons enflammés ne sont plus appréciables, et qu'on ne les saisit bien que là où cesse l'infiltration, c'est-à-dire à la racine de la verge. C'est une chose remarquable combien la lymphite, même très aiguë, de la verge est peu douloureuse au toucher. Le vaisseau lymphatique est à peu près insensible au milieu de l'œdème. Il semble que la sérosité qui l'entoure le protége contre la pression, car vers le ligament suspenseur et en se rapprochant des ganglions où il n'est plus recouvert que par la peau, on détermine de la douleur en le pressant entre les doigts.

Les causes de la lymphite aiguë des chancres n'ont rien de spécial, et sont les mêmes que celles qui amènent les diverses complications de ces ulcérations, bien qu'elle n'en revête pas forcément les caractères; aussi est-il impossible d'affirmer par

avance qu'une lymphite qui accompagne un chancre mou est ou non virulente, et les abcès auxquels elle donne quelquefois naissance sont-ils de tous points semblables à ce que j'ai dit de ceux de l'adénite aiguë, dont on ne reconnaît positivement la nature que lorsque la collection purulente est ouverte, et que l'ouverture prend l'aspect chancreux, ou qu'expérimentalement le pus en est ou n'en est pas inoculable.

Je ferai remarquer que les abcès des lymphatiques sont presque toujours le point de départ des rares ulcérations chancreuses molles que l'on observe sur la partie moyenne ou à la racine de la verge, qui restent, pour ainsi dire, le siége d'élection du chancre induré, de celui surtout qui est produit par la plaque muqueuse.

Dans ces cas de chancres mous on est souvent à même de constater qu'il y a, ou qu'il y a eu tout récemment sur le gland ou sur le prépuce des chancres de même espèce, et que les seconds ont débuté par un abcès qui s'est ouvert, et a pris l'aspect d'un véritable chancre à base molle et à marche envahissante. On comprend qu'alors la lymphite consécutive au premier chancre a, au contraire, précédé le second.

La lymphite aiguë peut se faire voir à toutes les époques de la durée du chancre. Elle précède en général l'adénite; cependant quelquefois elle ne commence que lorsque les ganglions sont enflammés et même déjà en suppuration.

J'ai dit que dans le bubon c'étaient les premiers ganglions en rapport avec le chancre qui étaient pris, et qu'ils semblaient être une barrière capable de préserver ceux placés plus haut ou plus profondément. Eh bien ! la lymphite paraît remplir le même rôle par l'oblitération que détermine l'inflammation adhésive. C'est probablement ainsi qu'on peut expliquer la rareté relative du bubon dans le cas de chancre mou du fourreau succédant à une lymphite suppurée, ayant pour point de départ une ulcération molle du prépuce ou du gland.

La lymphite aiguë est presque toujours une complication sans grande importance, et qui cède facilement à une médication appropriée. Il faut néanmoins en surveiller attentivement la marche en vue de l'œdème quelquefois si considérable qu'elle produit, et des abcès qui peuvent s'ensuivre, abcès que l'on doit largement inciser afin d'éviter les fistules lymphatiques auxquelles donne lieu quelquefois une ouverture trop petite. C'est aussi au point de vue de l'état général qu'il faut surveiller la lymphite, car si on la laissait aller sans précautions, elle pourrait, quoique assez peu étendue, déterminer de la fièvre, des frissons, des vomissements et des symptômes d'embarras gastrique.

On reconnaîtra toujours facilement l'inflammation des vaisseaux lymphatiques aux caractères que j'ai indiqués, cependant il n'est pas rare de la voir encore confondue à la verge avec la phlébite de la veine dorsale, parce que très souvent c'est sur la partie moyenne même que le cordon dur fait le plus de saillie et est plus sensible. Mais l'erreur sera rectifiée si l'on n'oublie pas, d'abord que les inflammations veineuses sont au moins excessivement rares avec les chancres, ensuite que l'inflammation et le développement des lymphatiques partent du point même qui est ulcéré, que la tumeur de la phlébite est plus considérable et plus profonde que celle de l'angioleucite, et qu'enfin avec la première on peut ne pas observer l'engorgement des ganglions voisins, ce qui est la grande exception pour la seconde.

Le traitement de la lymphite aiguë est exactement le même que celui de l'inflammation qui complique le chancre. Il ne doit guère consister que dans les grands bains, les applications émollientes, et encore je ne suis pas partisan, même dans le cas d'une vive irritation, des cataplasmes qui, favorisant l'afflux du sang, entretiennent la verge dans un état de demi-érection qui n'est pas sans inconvénients. Je ne conseille pas non plus les sangsues sur la verge elle-même. Souvent, en effet, elles déterminent la production de l'œdème, et si le point de départ de la lymphite est dans une ulcération très virulente, les morsures peuvent s'inoculer et donner lieu à autant de chancres. Tout au plus pourrait-on les appliquer à la racine de la verge ou dans les aines, et toujours avec les précautions nécessaires pour éviter l'inoculation.

Le plus ordinairement le repos, les embrocations huileuses, camphrées et narcotiques, les fomentations émollientes, en même temps qu'à l'intérieur, quelques laxatifs, des boissons rafraîchissantes, un régime très modéré, suffisent pour amander l'inflammation, et lorsque celle-ci commence à décliner, on favorise la disparition de l'œdème par des applications locales résolutives : eau froide, eau légèrement vinaigrée ou mieux saturnée; et enfin si le vaisseau lymphatique tend à s'indurer d'une manière non spécifique, on pourra avec avantage recourir localement à la teinture d'iode ou aux pommades iodurées.

Si la lymphite est virulente et qu'un abcès s'ensuive, on aura beau faire : il se produira un chancre comme dans le cas d'adénite de la même espèce. Rien alors de particulier à employer que ce qui a déjà été dit pour le chancre mou.

La *lymphite spécifique* diffère essentiellement des deux variétés précédentes. Elle est aux vaisseaux lymphatiques ce que l'induration est au chancre infectant : un épanchement plastique bien

caractérisé. Indiquée par quelques auteurs anciens, on en trouve une exacte description dans Gaspar Torella, à la fin du xv[e] siècle, qui dit : « Un homme a des rapports avec une femme malade, à la suite desquels vient au pénis un ulcère virulent accompagné d'une dureté qui s'étend comme les rayons d'une roue vers les aines. « Il est certain toutefois que le médecin espagnol ne se doutait pas que ces rayons étaient produits par les lymphatiques. De nos jours, elle a été mise en évidence par M. Ricord, dans la théorie qu'il a proposée du chancre induré, et M. Bassereau l'a également bien décrite. C'est plus spécialement à la verge qu'on l'observe, et cela se conçoit par la richesse vasculaire de cet organe ; mais on la rencontre quelquefois aussi avec le chancre induré de tout autre siége, celui des lèvres buccales particulièrement. Si on la voit plus souvent aux organes génitaux de l'homme qu'à ceux de la femme, c'est sans doute parce que chez cette dernière elle est plus difficilement appréciable.

Comme l'adénite indolente, l'induration lymphatique apparaît en même temps, ou très peu de jours après l'induration chancreuse dont elle est comme le prolongement. Presque toujours indolente au début, on peut la presser impunément entre les doigts sans que le malade accuse d'autre sensation que celle que lui fait éprouver la même pression sur le chancre ou sur le ganglion. Ce n'est que par exception que la lymphite spécifique est précédée d'une période inflammatoire aiguë ; j'en ai vu cependant un certain nombre d'exemples. Mais je ne serais pas éloigné de croire qu'alors, comme dans l'induration du chancre, celle des lymphatiques avait préexisté sans que je m'en sois aperçu, et qu'elle avait aussi échappé au malade avant la poussée inflammatoire.

Limitée le plus souvent à quelques centimètres au pourtour du chancre, elle peut néanmoins envahir les vaisseaux lymphatiques dans toute l'étendue de leur parcours sur la verge, et alors on peut les suivre jusqu'aux ganglions inguinaux, comme j'ai dit que cela a lieu dans la lymphite aiguë. Au reste, la lymphite spécifique ne sévit ordinairement que sur un seul gros tronc qui peut être seulement isolé et partant du chancre même, ou bien qui se détache d'une agglomération de lymphatiques indurés comme lui, mais dans une moins grande étendue.

La lymphite spécifique étant d'emblée indurée ne s'accompagne pas d'œdème, si ce n'est dans les cas où elle a été précédée d'un état aigu. Ce n'est aussi que dans cette dernière circonstance qu'elle se termine par abcès. Il peut arriver aussi qu'une lymphite primitivement indurée s'enflamme et suppure, comme cela se voit quelquefois pour l'induration chancreuse ou pour l'induration gan-

glionnaire indolente elle-même. L'induration lymphatique, qui est toujours facile à reconnaître, n'a pas en soi une grande valeur diagnostique, puisque, en même temps qu'elle, on retrouve toujours les deux indurations précédentes. Ce n'est point une complication du chancre induré, c'est un chancre induré plus étendu; et comme on le rencontre aussi bien avec l'érosion chancreuse la plus superficielle, avec le chancre parcheminé qu'avec le chancre induré le mieux typé, le pronostic à tirer de sa présence est sans valeur, puisque chacun de ces trois états d'une ulcération qui ne sont en définitive que des degrés d'une même altération, seront suivis des manifestations de la syphilis constitutionnelle, sans que, contrairement à ce que quelques personnes ont avancé récemment, on puisse dire par avance quelle sera la gravité de cette syphilis.

Le traitement de la lymphite spécifique n'a rien de particulier, et les préceptes que j'ai donnés comme conduite à tenir dans l'induration chancreuse et dans l'adénite symptomatique indolente, trouvent également ici leur application.

CHAPITRE IV.

SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE. — PÉRIODE SECONDAIRE.

J'ai décrit le chancre infectant et les lésions locales accessoires, sous le nom d'*accidents primitifs de la syphilis*, bien que je considère l'induration chancreuse et l'adénite qui en est la compagne obligée comme indiquant déjà la généralisation de la maladie. Les accidents secondaires proprement dits se relient donc par une chaîne continue aux premières manifestations locales, à l'ulcération du début, mais les nécessités de la description, aussi bien que l'exactitude dans l'étude de l'évolution de la maladie et la filiation de ses symptômes, sont les meilleures raisons de se conformer aux errements acceptés dans la science. Du reste, les lésions que nous avons à étudier désormais justifient complétement cette manière de procéder, par leur indépendance apparente et leur éloignement des premiers effets de la contagion.

L'évolution régulière des accidents consécutifs à frappé tous les auteurs ; dans l'immense majorité des cas, l'ordre de succession est constant, allant des lésions superficielles et généralisées aux lésions profondes, localisées. Elles occupent d'abord la peau et les muqueuses, les organes profonds sont attaqués plus tardivement, et il y a un ordre de coïncidence entre les diverses lésions de chaque appareil, comme entre les localisations différentes des tissus semblables.

Connues autrefois sous la dénomination générale et très-vague de *pustules* et appelées par Alibert du nom heureux de *syphilides*, les affections de la peau symptomatiques de la vérole ont trouvé dans la classification de Willan un cadre favorable à l'étude, et dont nous userons d'une manière générale. Cette méthode, assez unanimement adoptée par les spécialistes, force, il est vrai, à rapprocher quelques formes un peu différentes par leur période d'apparition, leur nombre, leur valeur pathologique, mais on peut facilement se mettre en garde contre ces inconvénients. M. Bazin a modifié un peu la classification purement anatomique de Biett et de ses élèves ; c'est ainsi qu'il établit trois groupes successifs, correspondant chacun à une époque de la période secondaire, et la valeur de la forme anatomique est subordonnée par lui aux caractères généraux de l'éruption.

Voici cette classification :

SYPHILIDES EXANTHÉMATIQUES.

1° Érythémateuse.
2° Papuleuse.
3° Pustuleuse.
4° Vésiculeuse.

SYPHYLIDES CIRCONSCRITES.

1° Tuberculeuse.
2° Pustulo-crustacée.
3° Papulo-vésiculeuse.

SYPHILIDES ULCÉREUSES.

1° Poro-vésiculeuse.
2° Tuberculo-ulcéreuse.
3° Gommeuse.

Chacun de ces genres renferme plusieurs espèces.

Cette classification a le mérite de celles dites naturelles ; elle est basée sur des idées très louables de philosophie médicale, toutefois elle a bien quelque peine à s'accorder avec les faits.

L'évolution de la syphilis cutanée n'est pas tellement régulière que chaque forme anatomique tienne toujours le même rang chronologique, même relativement. Il y a des éruptions complexes qui enjambent sur les diverses périodes, et ne rentrent dans aucune entièrement. Le caractère de cet ouvrage nous semble mieux s'adapter à l'étude analytique où conduit la classification anatomique ordinaire. En établissant dans chaque genre des espèces, leur assignant leur place, et indiquant avec soin leurs affinités avec les espèces des autres genres, nous atteindrons au même but, et peut-être avec moins de complications et de répétitions.

Nous étudierons donc les syphilides :

1° Exanthémateuses,
2° Papuleuses,
3° Pustuleuses,
4° Vésiculeuses,
5° Bulleuses,
6° Tuberculeuses.

Nous pourrons ainsi suivre à peu près l'ordre d'évolution des

accidents, indiquant avec soin les écarts qui nous seront imposés.

Il est difficile de donner des caractères généraux applicables à toutes les syphilides. Il y a bien peu de ressemblance entre la roséole et les ulcérations profondes du tubercule; mais en formant, à l'exemple de M. Bazin, d'une manière un peu artificielle, il est vrai, un groupe basé sur l'âge relatif des accidents, nous pourrons peut-être présenter quelques généralités utiles.

Au début, les manifestations cutanées prennent une forme et une extension qui rappellent les fièvres éruptives. Elles sont généralisées, superficielles, envahissent les muqueuses, mais elles sont presque complétement apyrétiques, accompagnées ou précédées d'un malaise spécial, sans douleur et sans prurit, si ce n'est quelquefois dans les parties garnies de poils. Leur durée est longue, très longue, relativement surtout à leur forme, pouvant aller à plusieurs mois, alors que l'espèce du même genre, mais non spécifique, ne se montre que pendant quelques jours à peine. Cette ténacité, en dehors du traitement, comme aussi avec la médication la plus régulière, est très-remarquable. Un dernier caractère de la première poussée cutanée est la coïncidence fréquente d'accidents qui se suivent de près dans l'ordre chronologique, et qui coïncident habituellement, telles les papules, les pustules, avec l'érythème, et surtout, on peut dire presque constamment, la plaque muqueuse.

La coloration classique, dite cuivrée, ou couleur de jambon, n'a qu'une très-médiocre importance. Elle n'est guère appréciable qu'au déclin de l'éruption comme dans certaines roséoles et peut fort bien se retrouver dans des formes analogues, vulgaires, comme le psoriasis, surtout lorsque celui-ci est en voie de guérison. La symétrie des éruptions est facile à expliquer par la généralisation même; toutes les régions présentant les mêmes conditions doivent être atteintes simultanément.

A mesure que la maladie s'éloigne de son début, ces caractères changent; les formes deviennent plus profondes, plus tenaces, et en même temps plus circonscrites; la lésion affecte un ensemble spécial où la forme arrondie est celle qui prédomine.

La coloration cuivrée est ici plus importante qu'au début; l'absence de réaction locale ou générale a, au contraire, moins de valeur. De plus, la lésion plus profonde laisse un stigmate momentané par suite de l'atrophie de toute l'épaisseur du derme, mais qui reste indélébile pour peu que la peau ait été ulcérée. Ce caractère, qui manque complétement au début, commence à apparaître au déclin de la première période et va ensuite s'accentuant de plus en plus. A une époque plus avancée, qui représente déjà

une phase de l'affection sur la limite de la période tertiaire, ou qui coïncide même avec les lésions de celle-ci, les caractères de localisation et de profondeur, de gravité, prennent un développement bien plus considérable. Il y a constamment ulcération et cicatrice véritable, mais les lésions se rapprochent singulièrement de celles qui appartiennent à d'autres diathèses, la scrofuleuse par exemple; longue durée, destruction des tissus, cicatrices profondes. C'est surtout l'admirable influence du traitement spécial qui vient séparer les lésions profondes de la syphilis à la peau comme dans les autres appareils, des lésions analogues de nature différente.

Ainsi la couleur spéciale des syphilides, signalée par ce Leoniceno, dès le XV[e] siècle, couleur que Fallope comparait à celle du jambon, et que Swediaur a caractérisée de *cuivrée*, nom qui lui est restée dans la science; l'absence très réelle de prurit dans ces éruptions, à moins de complications; la chronicité, la forme arrondie et symétrique signalées par un grand nombre d'auteurs, la tendance à détruire les tissus sur lesquels elles siégent, tous ces attributs pris isolément ou à des périodes différentes sont de médiocre importance, sans toutefois que leur valeur absolue puisse être niée; mais pour toutes les syphilides, la filiation des diverses formes, la coïncidence des lésions déterminées de chaque appareil, forment un ensemble de caractères qui priment de beaucoup cenx que nous venons d'énumérer.

Au point de vue anatomique, nous n'avons que peu de chose à dire; l'élément congestif et inflammatoire fait tous les frais de la maladie. On y trouve la fluxion sanguine, les exsudats plus ou moins plastiques, l'hypergénèse des éléments épithéliaux et conjonctifs qui caractérisent les lésions vulgaires. Ce n'est qu'à une époque fort avancée de la maladie que quelques détails spéciaux d'organisation apparaissent, mais restent toujours très voisins de ceux que l'on remarque dans les produits pathologiques de nature différente.

Avant d'entrer dans la description des différentes syphilides, nous devons parler d'accidents d'un autre ordre appartenant à la même période, qui précèdent ou accompagnent les lésions de la peau et des muqueuses. Ils ont été groupés sous le nom de période prodromique; paraissant en effet très peu de temps après l'induration chancreuse, ils trahissent l'influence sur l'économie entière de l'empoisonnement qui vient de s'opérer, et ils résultent directement de l'influence du virus.

Suivant d'assez près l'établissement du chancre, ils apparaissent en général du trentième au quatre-vingt-dixième jour

après l'infection, rarement plus tôt. Ils sont très-fréquents, presque constants, mais souvent, s'ils ont été d'une médiocre intensité, ils ne frappent pas le malade qui ne se doute pas de leur signification, ce dont il faut savoir tenir compte afin de ne pas s'abuser sur la valeur des dénégations.

Le premier phénomène qui se présente est généralement un malaise avec sensation de faiblesse physique et intellectuelle, de dégoût du travail, de tristesse qui peut aller jusqu'à l'hypochondrie. La pâleur, l'amaigrissement ne tardent pas à se prononcer, c'est le signal d'une véritable chloro-anémie à marche rapide et insidieuse; l'anhélation, les palpitations de cœur, les troubles gastriques, inappétence, dyspepsie, mauvaises digestions, en indiquent un degré plus avancé.

Chez la femme, les troubles menstruels, surtout les règles surabondantes et pâles, sont d'une grande fréquence et viennent encore ajouter à l'intensité des accidents anémiques.

En même temps, on trouve des bruits de souffle au cœur et dans les gros vaisseaux, ce qu'expliquent les recherches de MM. Ricord et Grassi, qui ont démontré l'abaissement des globules avec augmentation de l'albumine dans le sang, au début de l'infection.

A cette époque, on voit encore fréquemment des accès fébriles reparaissant, surtout la nuit, suivis de sueurs abondantes sur le matin, revêtant aussi une forme intermittente ou rémittente, tout à fait analogue à certaines fièvres lentes nerveuses ou symptomatiques. C'est là véritablement la fièvre syphilitique.

En même temps apparaissent des troubles nerveux proprement dits, des douleurs de diverses sortes. C'est d'abord une courbature plus ou moins intense, souvent très pénible, avec sensation de rétraction des membres, d'engourdissement, qui rendent la marche pénible, ne disparaissent dans l'échauffement de l'exercice que pour revenir plus intenses dans le repos qui suit.

Du côté de la tête, les vertiges, les éblouissements, surtout la céphalalgie intense, continue ou intermittente nocturne, générale ou limitée à une tempe, revêtant souvent une forme franchement périodique : cette céphalée est très-caractéristique.

Mais, de toutes ces manifestations, la principale est la douleur désignée sous le nom de *rhumatoïde*, qui, au tronc, occupe le cou, les lombes, les parois costales, surtout la région sternale; aux membres, la continuité et, plus souvent peut-être, le niveau des articulations, des grandes en particulier : cette douleur est, durant le jour, caractérisée par une gêne, avec courbature, de la roideur, de la difficulté des mouvements, et la nuit elle acquiert une intensité considérable, empêche le sommeil, ou du moins le

rend difficile et pénible. Ces douleurs sont bien déterminées par le séjour au lit et la chaleur qui en résulte, car on les voit survenir pendant le jour, chez les gens qui, accidentellement ou habituellement, intervertissent les temps habituels de la veille et du repos : les boulangers, les voyageurs de nuit, etc. Souvent vagues, ailleurs localisées, même dans un point très limité, elles sont ou indifférentes à la pression, ou augmentées par elle ; mais souvent aussi elles sont calmées, lorsque celle-ci s'exerce sur une surface étendue.

Ces douleurs, confondues, et bien à tort, avec les vraies douleurs ostéocopes de la période tertiaire, sont généralement mal expliquées. M. Bassereau les attribue à une poussée congestive sur le périoste. Cette idée, satisfaisante par les conséquences qu'en tire l'auteur, trouve un appui dans les travaux modernes qui tendent à montrer la généralisation de cette poussée congestive qui caractérise le début de la syphilis. Ce serait une roséole du périoste, ou mieux, une roséole des tissus fibro-séreux, car M. Bassereau signale, avec une minutieuse précision, le siége articulaire des douleurs : ce serait l'analogue de ce qu'a observé M. Gubler, qui, dans l'étude des névralgies ordinaires, a été amené à établir une forme congestive. Les caractères donnés par cet observateur éminent se rapprochent singulièrement, par l'intermittence nocturne surtout et l'effet de la chaleur, de ceux qui sont attribués par tout le monde aux douleurs rhumatoïdes de la syphilis ; mais la preuve matérielle manque encore et manquera toujours, sans doute, à cette hypothèse.

Tous ces phénomènes, communs à tous les âges comme à tous les sexes, se montrent rarement réunis sur le même sujet. Ils se groupent sous des formes variables qui échappent à une description générale. Souvent, ils sont peu intenses, n'attirent pas, avons-nous dit, l'attention et échappent à la mémoire du malade, surtout lorsqu'un temps assez long s'est déjà écoulé.

Leur gravité est variable : ils sont habituellement très fatigants, très gênants. Chez les individus déjà affaiblis par une cause quelconque en dehors de la syphilis, les phénomènes généraux prodromiques persistent ordinairement jusqu'à l'apparition des syphilides ; souvent ils décroissent alors plus ou moins rapidement, mais ne disparaissent pas d'une manière subite ; l'anémie et ses conséquences persistent en général plus longtemps que les douleurs rhumatoïdes, les accès fébriles et la céphalée.

On a signalé depuis longtemps, avec raison, que l'intensité de l'éruption n'est pas en rapport avec celle des phénomènes prodromiques. Il n'y a en effet, à cet égard, aucune relation certaine.

Au dire de quelques auteurs, les accidents que je viens d'étudier ne sont pas justiciables du mercure qui, suivant eux, ne peut qu'aggraver l'état d'affaiblissement général dans lequel est déjà le malade. Sans doute, si tout cela est poussé à un degré extrême, ce qui d'ailleurs est rare, il faut, avant de commencer le traitement spécifique, refaire la constitution délabrée, et c'est alors que les toniques de toutes sortes, et en particulier l'iodure de potassium, rendent des services signalés. Mais aussi, comme c'est en définitive au principe syphilitique que sont dus tous les phénomènes morbides, il tombe sous le sens que c'est à son antidote par excellence, c'est-à-dire au mercure, qu'il faut recourir au plus tôt; et si l'on veut bien mettre de côté les idées théoriques, on se convaincra que, loin d'augmenter les phénomènes anémiques, on voit ceux-ci disparaître à mesure qu'on avance dans la médication mercurielle.

On a encore rapporté à cette période certains phénomènes localisés déjà, mais d'une manière assez vague, tels que l'adénopathie subaiguë, la chute des cheveux, l'ictère, etc. Nous devons nous expliquer catégoriquement à cet égard.

La chute des cheveux, et en général de tous les poils, peut se rencontrer ici, sous la dépendance de l'état d'affaiblissement. Cette alopécie est, le plus souvent, faible, ne se constate que par la traction des poils et surtout le passage du peigne, et représente à un faible degré ce qui arrive dans la convalescence des maladies graves, dans l'état puerpéral; mais il ne faut pas la confondre avec celle qui succède aux éruptions du cuir chevelu, qui se localise dans les points où les lésions cutanées ont acquis une plus grande intensité et présente des plaques disséminées plus ou moins grandes.

Pour l'adénopathie, il en est tout autrement. Nous nions formellement que la syphilis, au début de la période secondaire, puisse agir directement sur les ganglions. Constamment alors, leur inflammation est symptomatique d'une lésion cutanée ou muqueuse.

Il en est de même de l'induration des cordons lymphatiques que l'on rencontre surtout à la partie supérieure et interne des membres donnant la sensation de petits cordons durs, roulant sous les doigts, comme dans la lymphite dorsale de la verge (Bazin).

Telle n'est pas l'opinion de tous les auteurs, et entre autres de MM. Ricord, Puche, Melchior Robert et Alphonse Guérin.

Voici le résultat d'observations recueillies, en 1855, dans mon service, par M. le docteur Pillon, alors mon interne :

Sur 70 femmes atteintes d'adénopathie à diverses périodes de la syphilis, 9 fois seulement on n'a pu en constater la cause; mais aucune ne paraissait se rapporter à l'influence directe de la syphilis. Dans tous les autres cas, on a trouvé un accident spéci-

fique de la peau ou de la muqueuse, expliquant parfaitement la lésion ganglionnaire. Ce sont toujours des lésions ulcéreuses ou sécrétantes ; la plaque muqueuse de toutes les régions, la produit constamment ; les éruptions pustuleuses, croûteuses, les squames en sont presque toujours accompagnées. Ainsi, l'adénopathie présente une disposition en rapport avec les accidents de la période actuelle.

Dans la période primitive, les ganglions se trouvent exclusivement dans le territoire lymphatique du chancre, à l'aine en particulier. Plus disséminés dans la période secondaire, ils occupent de préférence la partie postérieure du cou, les gouttières cervicales en rapport avec les lésions pharyngiennes et les éruptions croûteuses du cuir chevelu.

Sigmund a fait une exception en faveur du ganglion épitrochléen qui, dit-il, peut être attaqué d'emblée sans lésions des parties molles en rapport avec lui. Devant les faits si nombreux que j'ai observés, je ne saurais partager cette manière de voir, car pour le ganglion épitrochléen, aussi bien que pour les ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, j'ai toujours vu, ou qu'il y avait, ou qu'il y avait eu ou même qu'il allait y avoir une altération palpable dans les parties de leur dépendance lymphatique, capable de donner la raison de leur engorgement.

Dans la période de transition et tertiaire, les ganglions existent, sans choix apparent, là où se produisent les éruptions profondes de la peau. Mais dans cette période, ils sont infiniment moins fréquemment engorgés que pendant l'existence des syphilides cutanées et muqueuses, et même alors c'est plutôt lors de la première apparition des éruptions précoces, telles que la roséole, l'impétigo, les plaques muqueuses, qu'on les observe, que dans les éruptions tardives ecthymateuses, tuberculeuses ou bulleuses.

La contre-épreuve ne nous manque pas dans le cours de la syphilis primitive ou secondaire, l'absence de ganglions dans un point déterminé a constamment coïncidé avec l'absence d'éruption dans le point correspondant, alors que nous les trouvions tuméfiés en d'autres points du corps, atteints de manifestations locales.

Cette opinion est partagée d'ailleurs par des observateurs éminents. Émise pour la première fois par M. Velpeau, elle se retrouve dans la thèse de M. Salverte, dans le livre de M. Bassereau, dans les leçons de M. Bazin. Elle a été répétée maintes fois par M. Gueneau de Mussy, par M. Gubler, qui a fait des recherches confirmatives en tout point des nôtres, sur le gonflement du ganglion sus-épitrochléen.

L'adénite peut survivre à la lésion qui l'a produite. Sa durée

PLANCHE LII.

Érythème maculeux (roséole) de la partie antérieure du tronc. La teinte rosée commence à pâlir. Le malade est en traitement mercuriel depuis vingt jours.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

est, en général, assez courte, mais elle peut se prolonger chez les sujets scrofuleux surtout. Nous verrons plus tard qu'elle peut suppurer, mais elle est généralement presque indolente.

L'engorgement des ganglions, surtout des cervicaux postérieurs, a néanmoins une grande valeur diagnostique, car elle témoigne de l'existence présente ou passée d'une éruption sécrétante, épidermique ou croûteuse. Nous ne différons donc des syphilographes dont nous rejetons les opinions, que sur l'interprétation du fait.

Nous avons dit que l'état général prodromique disparaît plus ou moins vite, après l'apparition des syphilides. Il nous reste à ajouter qu'en général, l'affaiblissement de l'économie n'est pas persistant. Sauf les cas exceptionnels de syphilis graves, lentes ou rapides, ce n'est que chez des sujets prédisposés et malades d'ailleurs, que la cachexie s'établit dans la période secondaire ; le plus souvent, seule ou sous l'influence du traitement, l'économie prend le dessus, et, pendant toute cette période, la santé générale se soutient. Nous citerons l'état florissant des femmes syphilitiques, après quelques mois de séjour à Lourcine. Les conditions qui produisent l'état contraire et que l'on peut souvent apprécier, sont la mauvaise hygiène, les traitements intempestifs, l'abus du mercure, les maladies constitutionnelles, comme la scrofule et la phthisie, la débilité du sujet idiopathique, ou due à l'âge. Les véroles essentiellement graves deviennent de plus en plus rares à notre époque.

Syphilides en particulier. — 1° *Syphilide érythémateuse.* — C'est, en général, celle qui apparaît la première dans le cours normal de la vérole, et en dehors de tout traitement.

Sur 100 malades observés ou interrogés avec soin, on la retrouve ou l'on apprend qu'elle a existé dans les neuf dixièmes des cas.

Elle est caractérisée par des taches rouges sur la peau et sur les muqueuses.

On la connaît généralement sous le nom de *roséole syphilitique*, et l'on en distingue deux espèces : l'*érythème maculeux* et l'*érythème papuleux*.

L'érythème maculeux est constitué par de petites taches irrégulières, nombreuses, isolées ou confluentes, d'une couleur rose, plus ou moins foncée, ne formant et ne simulant aucune saillie au-dessus de la peau. Elles disparaissent complétement, ou peu s'en faut, sous la pression du doigt.

L'autre espèce est formée par des taches un peu plus larges, mais ne dépassant guère un centimètre de diamètre, plus arrondies ; leur couleur est d'un rouge plus foncé, vif ou tirant sur le brun, quelquefois cuivré. La pression du doigt laisse persister une coloration jaune sale, qui montre que l'élément pigmentaire

PLANCHE LIII.

Érythème papuleux (roséole) datant de quinze jours, non encore traité.





E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Davesne sc.

Imp. Geny-Gros.

e
r
d

la
ta

pa
st

rie
tré
ma
rég
épic
cas
L
ralis
du c
aux
modi
sont
Qu

s'ajoute à l'injection. Cette coloration survit assez longtemps aux phénomomèmes purement congestifs. On y remarque aussi des points plus foncés, saillants, dus à la turgescence des follicules; c'est la syphilide granuleuse de quelques-uns. Elles ont quelquefois une apparence de saillie, souvent illusoire, quelquefois réelle. Ce fait établit une transition insensible avec la forme papuleuse, mais ne suffit pas à y faire ranger une éruption dont tous les autres caractères appartiennent à la roséole.

Au début, on remarque seulement une coloration rouge ou rosée, diffuse ; souvent l'orifice des follicules pileux se présente sous forme d'un piqueté plus accentué, qui se réunit bientôt par la confluence des auréoles. On a donné à cette forme le nom spécial de *roséole piquetée*. Mais ce n'est que le début d'un des deux types précédents.

Quelquefois encore, les taches de l'érythème papuleux se recouvrent de squames plus ou moins adhérentes, et qui apparaissent à une époque variable. On en a fait une roséole squameuse ; distinction sans importance.

Les deux formes de la roséole ont une existence indépendante, et ne sont pas seulement deux périodes successives de la même éruption ; elles peuvent exister isolément, conservant leurs caractères propres durant toute leur durée; mais le plus souvent, les deux éruptions sont mélangées.

La roséole maculeuse occupe de préférence la base de la poitrine, la paroi antérieure de l'aisselle, le milieu du ventre, le dos. Les taches papuleuses siégent, en général, à la nuque, sur les flancs.

Certaines régions sont le plus souvent épargnées : ainsi les parties antérieures et latérales du cou, la surface cutanée présternale.

La première éruption atteint presque toujours le segment supérieur des membres, mais va s'éteignant avant d'arriver aux extrémités. Dans quelques cas cependant, on trouve sur le dos des mains et des pieds des taches pâles et sans saillie; tandis que la région opposée présente des points rouges saillants, dont la couche épidermique se soulève circulairement, constituant ainsi un des cas de la syphilide cornée.

La syphilide érythémateuse a une grande tendance à se généraliser ; elle apparaît d'abord au tronc, d'où elle s'étend au reste du corps. Lorsqu'on trouve une éruption déjà ancienne et localisée aux extrémités, on est à peu près sûr d'avoir affaire à une vérole modifiée par le traitement, ou à une récidive ; et alors les taches sont souvent larges, isolées, irrégulières.

Quelques régions offrent rarement des taches simples ; ainsi, au

cuir chevelu, on rencontre presque toujours, en même temps que la roséole, une éruption croûteuse dont on trouve rarement l'élément pustuleux. Il en est de même de toutes les régions garnies de poils. Cette éruption siége surtout à la nuque, sur les tempes, au front, et, en général, chez la femme surtout, dans les points dont les cheveux sont tiraillés par le mode de coiffure.

A la face, à la nuque, on voit le plus souvent des papules larges, à centre déprimé, qui forment sur le front un des types de la couronne de Vénus. A la bouche, ce sont les plaques granuleuses ; sur le scrotum, à la vulve, les plaques muqueuses, larges, confluentes. Ce sont ces lésions, et non l'érythème lui-même, qui produisent les engorgements ganglionnaires, si fréquents et si caractéristiques dans cette période, mais qui ne la précèdent que rarement.

Outre la coïncidence de ces modifications des deux formes de la roséole, on trouve fréquemment d'autres éruptions, d'une époque plus avancée, plus profondes, qui surviennent avant la disparition de la première. Ce polymorphisme est un des bons caractères de la nature spécifique. Ce sont, en général, des papules, avec ou sans desquamation, de petits tubercules, des pustules disséminées, superficielles.

Début. — La roséole apparaît quelques semaines après l'établissement du chancre. Les limites extrêmes semblent être de vingt jours et six mois ; cette dernière limite, posée par M. Ricord, me semble même trop large.

Rare avant trois semaines d'infection, l'apparition des lésions cutanées se fait le plus souvent dans le courant du deuxième mois. Elle coïncide donc fréquemment avec le chancre induré lui-même.

Le début est généralement sans réaction générale et sans phénomènes locaux qui appellent l'attention des malades. Bien souvent, c'est le médecin lui-même qui montre l'éruption au client surpris. Il n'y a ni fièvre, ni démangeaisons, ni aucun phénomène subjectif. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; quelquefois la roséole apparaît à la manière d'une fièvre éruptive, avec un appareil fébrile plus ou moins marqué, continu ou rémittent, avec exacerbation du malaise et des douleurs, et la poussée cutanée est immédiatement suivie de la rémission de ces accidents. L'exanthème est alors généralisé.

Quelle que soit sa forme définitive, la roséole débute par la base de la poitrine, le dos, le ventre, où elle revêt tout d'abord l'apparence piquetée. Souvent son apparition a lieu sous l'influence d'une excitation locale ou générale, comme un bain chaud, un exercice violent, une émotion vive. Au bout de quelques jours,

l'éruption est établie ; mais quelquefois elle s'accroît pendant plusieurs semaines, et reste un ou deux mois à la période d'état. Les plaques pâlissent alors ; leur couleur devient plus sombre, et une tache pigmentaire succède à la rougeur ; celle-ci disparaît sans laisser aucune trace. La roséole maculeuse a une terminaison plus rapide, l'élément pigmentaire n'y jouant presque aucun rôle.

Quelquefois, dans l'érythème papuleux, les follicules subissent une sorte de flétrissure qui les évase, et la tache prend l'aspect criblé de certaines plaques de Peyer en résolution (Bassereau).

La disparition est lente, graduelle. Le traitement mercuriel l'active notablement. On l'a vue brusque et rapide sous l'influence d'une suppuration ganglionnaire aiguë ou de saignées générales. Elle peut être définitive ou seulement momentanée.

Les récidives sont fréquentes ; elles peuvent se faire pendant plusieurs années. Souvent dues à l'insuffisance de traitements mal faits, tronqués, incomplets, elles sont quelquefois aussi inexplicables ; c'est ainsi que j'ai vu quelques malades convenablement traités et en apparence guéris, venir me trouver, tous les ans, au printemps, portant encore une éruption roséolique. Ce phénomène se reproduisit chez eux, pendant trois ou quatre années consécutives, et chaque fois je leur prescrivais un nouveau traitement, jusqu'à la disparition de l'exanthème, persuadé que si je restais inactif, je verrais reparaître une série de manifestations ultérieures, la roséole n'étant que la première étape d'une évolution régulière.

La forme de ces récidives varie un peu, comme nous l'avons dit. Ce sont elles qui expliquent cette opinion erronée, que le début des accidents secondaires a lieu fréquemment à une période très éloignée de la contamination. Les premières atteintes passent alors inaperçues du malade. Mais cela ne se voit jamais sur les sujets soumis à une observation exacte. De plus, le traitement mercuriel peut jeter un grand trouble dans cette évolution et empêcher l'apparition des premiers symptômes ; mais la maladie n'y perd rien, et lorsque l'économie s'est débarrassée de l'influence médicatrice, elle reprend son cours ; le traitement mercuriel a masqué une période ; la roséole est supprimée ; elle paraît tardivement ou bien elle est remplacée par une éruption plus tardive qui devait trouver sa place à cette époque de l'évolution normale.

Étiologie. — L'apparition de la roséole peut être déterminée ou au moins hâtée par diverses circonstances.

Relativement au nombre des vérolés, elle est égale dans les deux sexes, mais elle est absolument moins fréquente chez la femme.

La finesse de la peau rend la rougeur plus manifeste et plus intense. C'est ainsi qu'agit le tempérament lymphatique, aussi bien que l'âge et le sexe.

Les saisons chaudes, l'excitation printanière ou automnale, favorisent aussi la fluxion cutanée. Il en est de même de toutes les excitations générales ou locales qui portent sur le système tégumentaire : ce sont les émotions vives, les veilles prolongées, l'exercice physique, violent, l'usage d'aliments échauffants. Les bains chauds, les bains de vapeur, les eaux minérales salines, ferrugineuses, surtout les sulfureuses, jouissent à cet égard d'une réputation bien légitime ; et cette propriété est souvent utilisée pour le diagnostic comme pour le traitement.

Les récidives sont dues aux mêmes causes. Mais il faut que l'état diathésique persiste, et au degré même qui est apte à produire cette forme anatomique. La pureté de l'éruption est donc un signe manifeste de l'état stationnaire ou même rétrograde de l'intoxication, aussi bien que de sa persistance. La récidive d'accidents multiples, d'âge différent, indique, au contraire, une perturbation, mais avec marche ascendante.

L'influence des causes occcasionnelles sur la première roséole est très restreinte, puisque son apparition est forcée dans un temps très limité. Elle est plus grande sur les récidives qui ont besoin, fort souvent, qu'une cause occasionnelle aille réveiller la prédisposition endormie pour ainsi dire.

Pronostic. — De toutes les syphilides, celle-ci est la plus bénigne ; par elle-même, c'est à peine une incommodité passagère, sans douleur et même sans gêne appréciable, qui ne sera jamais suivie, ni de cicatrice, ni de stigmates analogues à ceux que laissent après elles quelques-unes des syphilides qui peuvent lui succéder. Elle est un gage de la régularité d'évolution de la diathèse. Son intensité même est, pour beaucoup d'auteurs, un signe de bénignité de l'affection générale, car ils pensent que souvent les lésions tardives, profondes et malignes, sont en raison inverse des premières, ce qui est loin d'être prouvé.

On peut tirer quelques indications spéciales de la marche même de la roséole. Si les lésions se succèdent lentement, si l'économie ne s'affaiblit pas, si le traitement est bien supporté et se montre efficace, on a tout lieu d'espérer une maladie régulière et bénigne.

Diagnostic. — L'existence d'un chancre induré, la constatation des phénomènes généraux mettent le médecin sur ses gardes, et servent autant que toutes les autres circonstances à faciliter le diagnostic.

Au début, l'éruption peut échapper par sa légèreté ou être confondue avec de simples marbrures produites par le froid, les lavages, les émotions ; il suffit d'être prévenu pour éviter cette erreur ; car les taches alors produites se rencontrent surtout à la partie supérieure de la poitrine ; elles sont larges, inégales, passagères. Les frictions sur la région soupçonnée peuvent mettre en évidence, en les animant, des taches peu prononcées.

Dans les cas douteux, le siége spécial, la forme, la couleur, l'absence de prurit, doivent mettre sur la voie, alors même que l'accident initial est ignoré de l'observateur. La durée de l'érythème est pathognomique, du moment qu'on s'est mis en garde contre ces éruptions passagères, qui reviennent constamment avec leurs causes.

L'absence de réaction avec une éruption intense a la même valeur.

Mais, s'il y a eu une invasion fébrile, il faut le plus souvent attendre que les caractères s'établissent franchement, si surtout l'érythème, atteignant aussi les muqueuses, revêt la forme catarrhale. Ces cas sont heureusement exceptionnels, et il n'y a aucun inconvénient à se tenir pendant quelques jours en garde et en observation.

Tous les doutes sur la nature de l'éruption seraient levés par l'apparition du mal de gorge, des croûtes dans les cheveux, des plaques muqueuses surtout, si toutefois le chancre avait échappé.

Il faut distinguer avec soin, au point de vue doctrinal surtout, une vraie roséole des maculatures qui succèdent aux éruptions plus anciennes, papules ou pustules. Mais ces taches sont, en général, plus arrondies, plus foncées, que la roséole. On retrouve en quelques parties des éléments encore distincts dont on suit la dégradation. Dans bon nombre de cas, on a les commémoratifs. De plus, les traces de papule ou de pustule offrent toujours un certain degré d'atrophie, une dépression ou une vraie cicatrice de la peau, qui n'existent pas dans la syphilide que nous étudions. Ceci s'applique à plus forte raison aux vestiges des éruptions vulgaires, comme la variole ou la varioloïde récente, dont le lieu d'élection aussi est tout différent, puisqu'elles laissent des traces sur toutes les parties du corps ; cependant j'ai vu faire des erreurs de diagnostic à cet égard, par la seule raison que les malades avaient eu des chancres antérieurement. Il est une affection cutanée avec laquelle on a quelquefois confondu la roséole ; c'est celle que peut développer l'emploi des mercuriaux, aussi bien à l'intérieur qu'en applications locales : c'est l'hydrargyrie. Mais celle-ci coïncide ordinairement avec une salivation ; elle consiste

en une rougeur irrégulièrement disséminée, simulant quelquefois la scarlatine ou la roséole, mais se compliquant souvent d'une infinité de petites vésicules acuminées, véritable eczéma mercuriel. On rencontre bien, dans quelques cas rares, une éruption miliaire assez semblable à la roséole spécifique non douteuse, mais elle n'est jamais aussi aiguë, et la peau, même dans les endroits où les taches sont le plus apparentes, n'est jamais aussi congestionnée.

J'ai dit, en traitant de la blennorrhagie, quelle faute ce serait de confondre les éruptions que déterminent assez souvent les balsamiques, copahu ou cubèbe, avec la roséole syphilitique. Je rappelle que ce sont des érythèmes apparaissant brusquement, dont la rougeur vive et la grande étendue ayant pour siége d'élection la partie externe des membres, dont les taches souvent un peu en relief sont bien différentes des taches unies et plus larges, comme aussi plus roses, de l'exanthème syphilitique. Si d'ailleurs on pouvait y être pris un instant, on aurait bientôt, pour redresser le diagnostic, l'antécédent blennorrhagique et surtout le traitement balsamique de cette affection, car on ne voit jamais l'éruption se produire quand la blennorrhagie est traitée par toute autre méthode, les injections par exemple. Enfin, la roséole syphilitique, surtout lorsqu'elle est confluente, a une durée longue, tandis que l'exanthème balsamique dure quelques jours à peine et disparaît dès qu'on cesse l'emploi du médicament.

Traitement. — C'est le traitement mercuriel interne que réclame la roséole spécifique. On comprend qu'il y a peu à faire localement ; mais c'est avec grand avantage que l'on conseillera les bains émollients d'abord, puis les bains de vapeur, les bains alcalins. L'eau sulfureuse est moins indiquée, elle devient souvent trop irritante pour la peau congestionnée. Ce n'est jamais que dans des roséoles rebelles ou dans celles de récidives que j'ai recours aux fumigations de cinabre. Je les ai vues souvent faire grand mal, lorsqu'elles étaient prescrites au début.

L'exanthème syphilitique tel que je viens de le décrire sous le nom de *roséole,* est, ainsi que je l'ai dit, un des premiers symptômes de la manifestation syphilitique constitutionnelle ; mais on l'observe aussi avec des formes infiniment moins pures à une époque avancée de l'évolution, tantôt après une roséole précoce, le plus souvent après la disparition de symptômes plus avancés. C'est la *syphilide exanthématique consécutive* de M. Cazenave, la *syphilide pigmentaire* de M. Hardy.

Un de mes internes les plus distingués, le docteur Alexandre Pillon, a donné, dans sa thèse inaugurale, la description de l'un des aspects de cette syphilide tardive, à laquelle il donne le nom

de *syphilide maculeuse du cou*. Comme cette forme, bien qu'exacte, est assez rare, et, par cette raison probablement mal connue, je crois devoir rapporter dans son entier le texte même de M. Pillon :

« Il est une manifestation syphilitique des plus fréquentes et, à mon sens, d'une importance véritable, qu'on ne trouve pas décrite dans les traités généralement en usage. Elle est si visible, qu'elle n'a pu passer inaperçue ; mais elle a été réunie à d'autres affections cutanées qui lui ressemblent, ou confondue avec d'autres qui en diffèrent notablement. Et pourtant son existence a une valeur ; elle n'est pas seulement une curiosité pathologique, une minutie syphilographique, mais, par sa persistance remarquable qui la fait survivre aux autres symptômes, elle peut servir à établir la nature véritable d'antécédents mal présentés ou niés par le malade.

» A peu près dans tous les traités spéciaux, il est question de taches syphilitiques, de macules ou éphélides syphilitiques ; mais aucune des descriptions qu'on en donne ne convient exactement à ce dont il s'agit ici. J'espère le démontrer et surtout assigner à cette variété la valeur pronostique qui me semble lui appartenir.

» Après que la roséole syphilitique a parcouru ses phases, après qu'elle a pu exister, au cou comme ailleurs, avec les caractères que tout le monde lui connaît ; quand elle a disparu de ce point et qu'elle commence à s'effacer ailleurs sous l'influence du traitement ou par quelque autre cause, alors que les plaques muqueuses vulgaires ou amygdaliennes ont pu cesser d'exister, que les cheveux ne tombent plus, qu'il n'y a plus ni croûtes ni furfures du cuir chevelu, que les syphilides quelles qu'elles soient ont pu disparaître, que la peau commence à redevenir nette, il reste sur la peau de la région cervicale *quelque chose*, et ce *quelque chose* mérite, à beaucoup d'égards, une mention spéciale, et peut recevoir le nom de *syphilide maculeuse du cou*.

» Il faut l'avoir vue une bonne fois pour ne plus jamais hésiter à la reconnaître, et se convaincre, comme je l'ai fait, que toujours absente chez les sujets indemnes de syphilis, elle est d'une fréquence extrême au moins chez les femmes qui sont en proie à la diathèse syphilitique ; qu'elle est d'une ténacité, d'une persistance, tout à fait remarquables ; qu'elle est assez visible et assez significative pour permettre de faire au malade le tableau des accidents qu'il a éprouvés, en lui racontant tout simplement la succession habituelle des accidents de la syphilis.

» L'époque de son apparition dans la série syphilitique peut être fixée au déclin de la roséole ou plus tard ; l'accident avec lequel elle coïncide souvent, est le *psoriasis des muqueuses*. Or,

on peut se rendre compte de cette fréquente association. Le psoriasis des muqueuses est une des manifestations secondaires les plus tardives et les plus tenaces; s'il apparaît quelquefois en même temps que d'autres symptômes, il leur survit généralement fort longtemps, car il rivalise avec l'exanthème du cou pour sa persistance et sa ténacité désespérantes. Les autres accidents ont eu déjà le temps de disparaître, que pendant des semaines encore il est fréquent de n'avoir sous les yeux d'autre manifestation que ces plaques blanchâtres et incessamment renouvelées de la langue, des replis gingivo-labiaux, de la face interne des joues, si différentes des plaques muqueuses de ces régions. Or, si l'exanthème du cou est, comme le psoriasis, un symptôme tardif, il est aussi un symptôme tenace, et bien souvent tout a disparu, que psoriasis de la bouche et macules du cou restent les seuls témoins qui puissent trahir l'infection.

» Un dessin bien exact donnerait tout au plus une idée satisfaisante de cette manifestation; à plus forte raison, une simple description peut-elle y être impuissante ; tâchons donc qu'elle soit claire.

» Sur la peau du cou, si blanche, si fine, et exempte de poils, chez la femme, la syphilide maculeuse du cou se présente sous forme de marbrures liées les unes aux autres, circonscrivant des espaces sains, dont elles font ressortir la blancheur assez sensiblement pour permettre de croire, au premier abord, que ces espaces blancs sont le siége du mal, et leur donner l'apparence de plaques de vitiligo. Ces marbrures sans saillie, ocrées ou de la couleur de café au lait, ne sont le siége d'aucune chaleur, d'aucun prurit, d'aucune démangeaison ; les malades se doutent rarement qu'ils en sont porteurs. Aucune desquamation, aucune efflorescence, n'existent à leur surface ; leurs bords, inégaux et mal délimités, se fondent graduellement, en perdant leur teinte, avec les espaces intermédiaires sains ; se touchant et se confondant par d'autres points de leur contour, elles constituent une sorte de réseau qui emprisonne dans ses mailles les points plus blancs dont j'ai parlé; enfin, et presque constamment, elles entourent la totalité du cou, pour l'enfermer dans un collier complet.

» Ce n'est plus de la roséole, qui a souvent disparu depuis longtemps, et qui, lors même qu'elle subsisterait, pourrait en être différenciée. Celle-ci, en effet, possède une teinte différente, qui varie du rose pâle au rouge cuivreux foncé, dont les macules sont fréquemment arrondies ou à bords déchiquetés, qui sont toujours indépendantes et séparées, et n'excèdent pas en surface 8 à 10 millimètres (Bassereau).

» Ce n'est pas une trace de roséole en voie de résolution ou un exanthème maculeux modifié par le traitement mercuriel, puisque la roséole affecte rarement le cou, et que, lorsqu'elle s'y présente, c'est seulement à la nuque et toujours avec la forme papuleuse (Bassereau).

» Ce n'est pas une roséole modifiée par l'exposition permanente à l'air libre, puisqu'il est d'observation que celle-ci affecte une préférence marquée pour les régions non découvertes, et que je répète que l'apparition de l'exanthème du cou est subséquente à la disparition de la roséole, que ces deux exanthèmes n'existent presque jamais ensemble.

» Ce n'est pas la syphilis maculée, dont la tache d'un rose pâle disparaît complétement sous la pression du doigt, et ne se lie jamais avec ses voisines (Rayer).

» Ce n'est pas un simple résultat de l'exposition du cou à l'air libre, puisque je ne l'ai jamais rencontrée que chez des sujets syphilitiques ; puisque, chez nos femmes de la ville, la peau de la région cervicale est ordinairement fort blanche ; puisque je suis autorisé par deux observations à avancer que l'exanthème tardif du cou peut aussi se présenter chez les hommes à peau féminine, dont le cou est garanti par la cravate ; et que si, chez les femmes des campagnes, le grand air et l'insolation peuvent souvent donner à la peau du cou une teinte bronzée, cette teinte est toujours uniforme et ne ressemble en rien à la disposition marbrée sur laquelle j'ai insisté, et qu'enfin elle coïncide alors avec une coloration pareille des autres parties découvertes, face, front, bras, mains, etc.

» Cela ne peut être assimilé à la syphilide exanthématique dite *consécutive*, qui, au dire de ceux qui l'ont décrite, se manifeste sur le tronc et les membres, quelquefois sur la face, quelquefois sur le tronc, mais dont les taches sont assez bien arrondies, d'une teinte cuivrée très foncée (Cazenave), et éparses, toujours indépendantes, et qui atteignent souvent la largeur d'un écu (Cazenave).

» Ce n'est pas non plus la syphilide pigmentaire qu'a décrite M. Hardy dans ses précieuses leçons de l'hôpital Saint-Louis. Il suffit, en effet, de lire les quelques lignes qu'il consacre à cette variété, pour se convaincre que la description de la syphilide pigmentaire diffère sensiblement de celle de l'exanthème tardif particulier au cou, et qu'une différence notable de siége et de configuration rapproche la syphilide de M. Hardy des taches syphilitiques des auteurs, en laissant à la syphilide du cou quelque chose de particulier.

» Ce n'est pas non plus la tache syphilitique telle que l'ont décrite les auteurs. D'abord celle-ci n'affecte pas la disposition marbrée ou en réseau ; quoique analogue par sa couleur, elle est le plus souvent isolée et profondément découpée sur ses bords ; et puis elle n'a pas pour le cou la même prédilection marquée et l'on peut dire exclusive. M. Cullerier a souvent constaté sur le cou nos groupes de macules, souvent aussi il a vu sur d'autres points du corps quelque chose d'analogue pour la couleur; mais il accorde une différence pour la disposition, la configuration. Il range ces dernières parmi les taches syphilitiques déjà décrites, et réserve les premières pour un exanthème spécial au cou ; il admet la fréquence absolue et extrêmement remarquable de celles-ci (les taches du cou), la rareté relative de celles-là (les taches du corps).

» La syphilide maculeuse du cou ne ressemble à aucune des variétés du pityriasis ; maladie essentiellement squameuse, véritable inflammation des couches superficielles du derme, le pityriasis offre des caractères différentiels les plus tranchés.

» La variété *rubra* s'en distingue déjà par sa couleur rouge ; elle forme des plaques larges et toujours continues, que revêtent des squames nombreuses, dont la surface n'est jamais unie, qui fournit quelquefois une exhalation onctueuse.

» La variété *versicolor*, qui dépose dans la peau une matière colorante jaune (Cazenave), aurait, pour un œil non exercé, une certaine analogie de couleur, mais une différence de forme impossible à confondre, une étendue bien plus restreinte, et surtout son exfoliation furfuracée continuelle.

» Quant à la variété *nigra*, il suffit de mentionner sa couleur pour éloigner toute possibilité d'erreur.

» J'ai insisté sur la couleur blanche des espaces intermédiaires aux marbrures du cou, et j'ai dit que leur couleur tranchait tellement sur celle des stries ocrées, qu'on serait tenté de les prendre pour le siége du mal, et confondre les points plus sombres avec une coloration normale de la peau du cou. Cette disposition, ai-je dit, donne aux espaces sains l'apparence des plaques du vitiligo, mais l'apparence seulement, car en comparant la peau des épaules, de la racine des cheveux, etc., on acquiert tout de suite la certitude que la coloration ocreuse du cou n'est pas l'état normal. De plus, les plaques blanches d'apparence achrome n'ont pas la couleur d'un blanc laiteux qui appartient au vitiligo, elles ne sont pas disposées de la même façon, comme lui elles ne sont le siége ni de chaleur ni de démangeaison.

» On connaît trop la forme spéciale, les macules isolées et sou-

vent congénitales, du lentigo, pour jamais la confondre avec les marbrures en question.

» Mais ce avec quoi l'exanthème tardif du cou a quelque ressemblance, c'est la tache hépatique, c'est l'éphélide, avec laquelle il a dû bien souvent être confondu : toutefois des différences bien notables existent encore ici. La tache d'éphélide est arrondie ou ovale, son contour est assez nettement accusé, sa couleur, d'abord grisâtre, puis jaune et souvent safranée, n'est pas celle des marbrures du cou ; le plus souvent isolée, elle se range autour de ses voisines pour former des groupes au milieu desquels deux ou trois taches plus étendues dominent toutes les autres ; mais ces taches, discrètes, souvent éparses, toujours bien isolées, ne se confondent ni se réunissent par leurs bords, et puis leurs groupes ne font jamais le tour du cou, comme les marbrures ci-dessus décrites, qui forment constamment un collier complet. L'éphélide peut affecter toutes les régions, tandis que les marbrures exanthématiques ne se rencontrent jamais qu'au cou, et seulement sur les sujets soumis à la diathèse syphilitique. Enfin, une démangeaison constante, un prurit parfois des plus incommodes, est l'apanage le plus caractéristique de l'éphélide.

» La syphilide maculeuse du cou doit donc être isolée de tout cela, et, une fois admise, elle n'est encore qu'un symptôme, mais un symptôme d'autant plus précieux qu'elle paraît et subsiste quand tous les autres font défaut. A ce point de vue, sa valeur est surtout rétrospective ; mais, au point de vue présent, elle peut encore donner la certitude que la diathèse n'est pas éteinte, que le traitement fait jusqu'alors est insuffisant, et permettre d'annoncer une récidive peu éloignée des accidents secondaires qui ont déjà paru : c'est ce que j'ai fait, dans quatre ou cinq cas, sur ce seul indice, et mon pronostic s'est vérifié. Sa durée si extraordinaire, et les cas de récidive qu'elle a promis, sans tromper, attestent encore de la nécessité d'un traitement très.... très long, prolongé pendant des mois, administré à de faibles doses et avec tous les ménagements possibles.

» Pour ce qui est du pronostic propre de ce symptôme, on peut dire qu'avec le psoriasis des muqueuses, c'est une des manifestations syphilitiques les plus tenaces, mais qui n'incommode en aucune façon le sujet affecté.

» Aucun traitement particulier ne peut lui être opposé. L'exanthème tardif du cou s'effacera très-lentement sous l'influence du traitement général, et je crois bien que sa persistance pourrait servir à mesurer l'intensité de la diathèse latente, et sa disparition indiquer le moment où le traitement a été suffisant, et autoriser le

praticien à *se promettre tacitement* que des récidives sont moins probables.

» Si je voulais m'en fier seulement à mes souvenirs, je pourrais rapporter un nombre très considérable de cas où cette syphilide s'est présentée à moi ; si je voulais transcrire ici toutes les observations que j'en ai recueillies, j'en pourrais donner plus de trente, authentiques et complètes; mais je me contenterai d'en résumer trois, car toutes se ressemblent exactement, et trois suffiront pour fixer l'époque d'apparition et la durée de l'accident. »

On ne contestera certainement pas l'exactitude de la description de M. Pillon, mais on pourra lui reprocher, avec raison, d'avoir par trop assombri le pronostic de cette syphilide exanthématique tardive, et d'avoir trop insisté sur la nécessité d'un traitement mercuriel très prolongé. En effet, j'ai vu bon nombre de ces éruptions qui n'ont pas été suivies d'autres accidents plus graves, et chez des malades qui déjà avaient pris une quantité considérable de mercure, je les ai fait disparaître par le seul usage des bains de vapeur, des bains alcalins et surtout des bains sulfureux.

J'appelle l'attention sur une forme peu connue de roséole, ou, pour être plus exact, sur une terminaison de la roséole qui n'est décrite nulle part. Elle est caractérisée par des taches bleuâtres, ou pour mieux dire couleur lilas, qui ressembleraient assez à des pétéchies en résolution, si elles avaient été précédées d'une couleur plus rouge lie de vin, taches différentes des vergetures, dont la forme est ordinairement linéaire, allongée, tandis qu'ici ce sont des macules arrondies, restant au niveau de la peau, sans saillie ni enfoncement. On les rencontre sur le ventre, à la partie antérieure et sur les côtés de la poitrine, très rarement aux membres, si ce n'est dans quelques cas rares, à la face interne des bras et des cuisses. Les taches bleues occupent presque constamment les mêmes points qu'avait précédemment envahis la roséole ; cependant on les observe aussi là où la peau était restée saine.

Je les ai rencontrées sur des malades depuis quelque temps déjà guéris de symptômes cutanés ou muqueux précoces, ainsi que sur des sujets encore sous l'influence de la vérole plus avancée dans son évolution.

Les taches bleues consécutives à la roséole m'ont toujours paru une simple curiosité pathologique, sans influence sur l'état actuel ou à venir des malades. Elles disparaissent sans ulcération, sans desquamation, en ne laissant pas la moindre trace, et sans qu'il soit nécessaire de leur adresser un traitement spécial.

Comme des taches à peu près ou tout à fait semblables à celles-c

ont été observées après certaines pyrexies, je dois ajouter que le plus grand nombre des malades chez lesquels il m'a été donné de les voir n'avaient jamais eu la moindre indisposition aiguë pendant la durée de leur exanthème syphilitique.

ÉRYTHÈME PHARYNGÉ. — C'est une règle très générale que lorsque la peau est malade syphilitiquement, il se développe aussi dans la gorge une affection de même nature. L'analogie de structure et de fonctions du tégument externe et des muqueuses est trop incontestable pour ne pas donner l'explication satisfaisante de cette coïncidence.

Presque tous les syphilographes traitent de l'angine syphilitique, mais un grand nombre, il faut le dire, d'une manière incomplète, parce qu'ils n'ont pas toujours distingué la maladie à sa période précoce et à sa période tardive. La première, celle que l'on observe souvent au début ou pendant le cours de la roséole, a complétement échappé à Hunter, qui ne voyait le caractère syphilitique d'une maladie de la gorge, que lorsqu'il y avait ulcération. Mais elle a été parfaitement indiquée par Swediaur, et de nos jours, MM Baumès, Bassereau, Cazenave et Ricord ont prouvé par des descriptions exactes qu'elle leur était bien connue. « Si cette forme, dit M. Baumès, paraît peu fréquente, c'est surtout qu'étant peu grave et ne gênant presque pas ou pas du tout le malade, elle échappe à l'attention. » M. Ricord n'est pas moins explicite quand il écrit : « La forme la plus commune de l'affection syphilitique des muqueuses, est la forme érythémateuse, souvent si éphémère et si peu caractérisée, comme dans quelques taches de la peau, qu'elle passe inaperçue ou tout au moins méconnue. » C'est de cette façon aussi qu'en parlent, dans leurs thèses, deux médecins distingués, le docteur Mac-Carthy, élève de M. Ricord, sous le titre de *syphilis secondaire des muqueuses*, et le docteur Martelière, mon ancien interne à l'hôpital de Lourcine, sous celui d'*angine syphilitique*.

Il n'est donc pas rare, à l'époque où paraît la roséole, d'entendre les malades se plaindre de souffrir de la gorge, ou au moins d'y éprouver un sentiment de sécheresse qui rend la déglutition difficile, non-seulement au moment du passage du bol alimentaire, mais même lorsqu'ils avalent leur salive. Si alors on examine la gorge, on y constate une rougeur uniforme de moyenne intensité, de couleur un peu foncée, sans saillie et sans ulcération, qui envahit le voile du palais, les piliers, les amygdales et souvent même la paroi postérieure du pharynx. Diffuse au début, cette rougeur ne tarde pas à se localiser, cessant brusquement à la limite externe des piliers et ne dépassant pas l'isthme du gosier,

mais toujours avec des délimitations bien tranchées, ce qui n'a guère lieu dans les angines de nature non spécifique.

L'érythème pharyngé varie beaucoup d'intensité chez les malades qui, cependant, semblent être dans les mêmes conditions ; ainsi, très douloureux chez les uns, il peut chez d'autres ne produire qu'à peine un peu de sécheresse, avec un enrouement passager, indice de la participation du larynx ; et s'il est alors reconnu, c'est bien moins par suite des plaintes des sujets que par suite de la recherche du médecin qui doit être prévenu de l'existence probable de ce phénomène.

L'angine érythémateuse syphilitique n'a très souvent lieu qu'au début des manifestations constitutionnelles, et si elle peut durer seule pendant longtemps, il arrive aussi qu'après quelques jours une autre lésion l'envahit, la véritable plaque muqueuse avec ses caractères bien tranchés, plus rarement l'ulcération d'emblée. C'est aussi la forme chronique qui peut durer un temps excessivement long, pendant lequel elle change d'aspect et se transforme en une lésion tout autre, d'apparence grisâtre avec une exfoliation épithéliale prononcée.

L'érythème pharyngé peut manquer avec la première manifestation syphilitique du côté de la peau, c'est-à-dire avec la roséole, et ne se montrer que lorsqu'une éruption plus avancée se déclare, comme les papules ou les tubercules précoces. Sa nature et sa forme sont alors, en général, identiquement semblables avec celles du début ; mais il est plus ordinaire dans ces circonstances de constater une sorte de granulation de la muqueuse, qui complique la rougeur plus uniforme de l'inflammation simple, et qui est le premier degré d'une altération plus grave encore, caractérisée par une coloration grisâtre, souvent diffuse, plus souvent circonscrite sous forme de taches nettement dessinées et tranchant sur la muqueuse ambiante, ou injectée ou parfaitement saine, taches qui ne sont autre chose qu'une modification de l'épithélium qui se desquame. En effet, leur surface se recouvre d'une couche mince de substance blanchâtre, molle, qu'on croit d'abord devoir s'ulcérer, mais qui se déterge, laissant au-dessous d'elle la muqueuse saine ou seulement un peu décolorée. Il est commun de rencontrer avec cet état de la gorge des plaques semblables à la face interne des joues et sur les bords de la langue, desquamation muqueuse tout à fait identique avec le psoriasis cutané qu'on voit fréquemment chez les sujets atteints de syphilis déjà ancienne, dont tous les autres symptômes ont disparu, et qui, malgré les traitements les plus rationnels, persiste dans la cavité buccale qui semble être son dernier refuge.

C'est surtout au point de vue diagnostique que l'érythème pharyngé tardif mérite une attention particulière, afin qu'il soit différencié d'une affection analogue de la gorge, c'est-à-dire de l'angine produite par le mercure. On prend en effet pour des angines syphilitiques de véritables inflammations déterminées par l'usage et surtout par l'abus du mercure. J'ai vu bien souvent cette erreur commise et par des malades et par des médecins, erreur dont la conséquence était nécessairement l'aggravation du mal, si l'on persistait dans le traitement, et, au contraire, sa cessation presque immédiate, s'il était supprimé.

Il est donc très utile, dans une maladie comme celle-ci, de s'attacher à bien saisir le moment où les mercuriaux ont donné tout ce qu'ils pouvaient, et où il convient d'en cesser l'emploi sous peine d'accidents. De là, la nécessité d'un diagnostic aussi rigoureux que possible ; on y arrivera si l'on considère que l'exanthème syphilitique précoce survient à l'époque de la roséole, au moment où, en général, les malades n'ont pas encore pris beaucoup de mercure, tandis que l'exanthème hydrargyrique survient plus tard et à la suite ou pendant la durée d'un traitement prolongé et à doses élevées ; que dans l'érythème syphilitique tardif, avec symptômes cutanés, le traitement mercuriel agit favorablement, et sur le premier et sur le second, tandis qu'à un moment donné il paraît ne plus avoir d'action sur l'état de la gorge ; que, à l'époque où l'angine mercurielle passe à l'ulcération, la muqueuse, restée jusque-là d'un rouge franc ou seulement foncé, prend une teinte d'un jaune sale, blafarde, due à la formation de petites érosions superficielles ; que cette exulcération de la gorge suit presque toujours le gonflement des gencives, leur état fongueux, leur ulcération coïncidant avec celle de la langue, de la surface interne des joues, avec l'odeur si caractéristique de la stomatite mercurielle, enfin avec la salivation.

L'érythème pharyngé syphilitique, qu'il soit précoce ou tardif, qu'il existe seul ou qu'il accompagne d'autres symptômes, réclame toujours l'emploi d'un traitement mercuriel général auquel des soins locaux peuvent être ajoutés avec avantage et qui doivent consister dans des gargarismes émollients, si l'inflammation est tant soit peu prononcée, et résolutifs, si elle est modérée. Les plus ordinaires, en même temps que les meilleurs, sont l'alun et le chlorate de potasse. Si la muqueuse s'ulcère, si elle devient grise, si elle se recouvre d'une production épithéliale, si des plaques muqueuses viennent la recouvrir, le meilleur moyen à mettre en usage localement, celui qui aidera d'une manière quelquefois merveilleuse la guérison, c'est assurément le nitrate d'ar-

gent porté à l'état solide sur les surfaces que l'on veut cautériser.

Érythème intestinal, entérite syphilitique. — J'ai vainement cherché dans les auteurs les plus modernes des documents sur l'entérite syphilitique. Le plus grand nombre des syphilographes dit bien que la vérole constitutionnelle peut atteindre tous les tissus et envahir tous les organes; mais tandis qu'ils citent des lésions spécifiques du cerveau, des poumons, du foie, etc., ils sont muets ou à peu près sur les lésions de l'intestin; et même l'ouvrage récent du docteur Yvaren, *Sur les métamorphoses de la syphilis*, qui contient, au milieu de beaucoup d'erreurs de diagnostic, un si grand nombre de faits inattendus et exceptionnels de manifestations vénériennes, n'en fait connaître aucun cas dans l'article consacré aux altérations du tube digestif.

Ce vague dans lequel se tiennent les auteurs s'explique par la difficulté qu'il y a à constater la nature d'une affection intestinale que, tout d'abord, on est tenté d'attribuer au traitement plutôt qu'à la maladie contre laquelle celui-ci est dirigé.

Les préparations mercurielles ont eu, à cet égard, à supporter bien des accusations qui, très fondées dans un grand nombre de cas, cessaient pourtant d'être justes dans beaucoup d'autres. En effet, si l'on n'a jamais dénié d'une manière absolue au principe syphilitique la possibilité de déterminer l'entérite, bien plus souvent celle-ci a-t-elle été considérée comme produite par le mercure.

C'était un des reproches les plus graves que l'école physiologique faisait au traitement mercuriel, alors même cependant qu'elle reconnaissait aussi que la syphilis peut agir sur l'intestin. On en peut juger par ce passage de l'un des représentants les plus distingués de cette école, le docteur Jourdan, dans son *Traité des maladies vénériennes* :

« On a supposé, et il est admis par beaucoup de médecins, que la cause matérielle à laquelle on attribue les maladies syphilitiques peut exister pendant fort longtemps dans l'organisme, et produire la fièvre entre autres symptômes, sans qu'il en résulte aucune affection locale. Or, il est bien reconnu aujourd'hui que ces prétendues fièvres sans cause apparente sont presque toujours le résultat d'une phlegmasie de quelqu'un des organes qui concourent à la digestion, notamment l'estomac et l'intestin. On doit d'autant mieux soupçonner cette cause dans les cas dont il s'agit, que si la fièvre syphilitique peut éclater, et se déclare souvent, en effet, quand on n'a pas employé le mercure, elle s'observe plus fréquemment, de l'aveu de tous les auteurs, lorsqu'on a administré ce médicament dont l'action irritante s'exerce sur l'appareil digestif. »

Je cite ce passage parce qu'il est aujourd'hui encore l'expression de la pensée de bon nombre de praticiens ainsi que du préjugé de quelques malades, et parce que l'on verra plus tard pourquoi l'entérite syphilitique s'observe de préférence chez les individus qui ont fait un grand usage des préparations mercurielles.

Les malades affectés de syphilis secondaire présentent souvent des symptômes inflammatoires du côté de l'intestin, mais ce sont surtout ceux qui font le traitement d'une manière inconsidérée et sans prendre les précautions hygiéniques adjuvantes nécessaires. Ce sont aussi ceux qui abusent de préparations mercurielles, et qui, croyant arriver plus vite à la guérison, outre-passent les doses qui leur ont été prescrites.

Cette irritation intestinale n'a rien de spécifique, la cause en est entièrement dans le traitement, et cela est si vrai, qu'il suffit souvent de le suspendre pour arrêter le mal.

L'entérite est très-fréquente également chez les enfants syphilitiques, et je n'hésite pas à dire que le plus grand nombre de ces petits êtres qui ne font pas de traitement sont enlevés par l'entérite, et que c'est elle aussi qui fait périr beaucoup de ceux auxquels on administre par la bouche les préparations mercurielles.

Chez l'adulte, on a rarement l'occasion de faire l'autopsie de sujets portant des symptômes secondaires ; mais dans le peu de cas qu'il m'a été donné d'observer, j'ai examiné avec attention les intestins de ceux qui avaient présenté pendant la vie, en même temps que des affections cutanées ou muqueuses, quelques troubles du côté du tube digestif, et je n'ai jamais rien trouvé qui fût en dehors des altérations qui constituent l'inflammation intestinale simple. Chez quelques jeunes filles de mon service, mortes d'affections aiguës intercurrentes, et chez lesquelles on avait constaté, entre autres symptômes, des plaques muqueuses de la gorge, je n'ai jamais retrouvé la trace de ces lésions au-dessous de la limite inférieure du pharynx ; de même que je n'ai rien vu au-dessus du sphincter interne sur celles qui portaient à l'anus le même symptôme secondaire.

A la vérité, on observe quelquefois chez les femmes qui ont eu antérieurement des accidents primitifs ou secondaires à l'anus, mais qui ne présentent plus depuis longtemps aucun autre symptôme spécifique, on observe, dis-je, soit une inflammation chronique de la dernière moitié du rectum, le plus souvent avec rétrécissement, soit des ulcérations qui n'ont plus la moindre ressemblance avec celles qui sont sous la dépendance de la vérole

primitive, secondaire ou tertiaire ; mais cette altération du rectum n'est pas de l'entérite, puisqu'elle ne remonte que fort peu dans l'intestin. Elle ne peut d'ailleurs être rattachée à la syphilis par aucun caractère pathologique, elle n'y tient absolument que par ses antécédents. Elle est réfractaire à tous les traitements mercuriels ou iodiques généraux et locaux. Aussi, s'il était vrai qu'il existât des transformations, de véritables métamorphoses de la vérole, cette altération du rectum en serait un exemple. Je ne l'ai jamais observée que sur le vivant; mais mon collègue et ami M. Gosselin a eu l'occasion d'en faire l'anatomie sur le cadavre d'une femme morte dans son service à l'hôpital de Lourcine. Il a publié ce fait qu'on lira, j'en suis certain, avec un grand intérêt.

L'autopsie d'enfants syphilitiques à la mamelle, et affectés héréditairement, m'a permis de constater souvent des ulcérations de la muqueuse intestinale, les unes à forme indéterminée, quelquefois linéaires et ressemblant à des coups d'ongle ; les autres arrondies et paraissant avoir pour base les cryptes mucipares ; et j'avoue que, pour ne pas les considérer comme étant sous la dépendance de la syphilis, il m'a fallu les comparer à celles qui sont si fréquentes sur les intestins d'enfants non vérolés et qui présentent exactement le même caractère.

De ce que je n'ai rien constaté sur les intestins des sujets morts pendant la manifestation syphilitique secondaire, je ne voudrais assurément pas conclure que la muqueuse intestinale n'était le siége d'aucune altération spécifique, car il faut tenir compte de la différence d'organisation des tissus. En effet, ainsi que le fait très judicieusement remarquer le docteur Gubler, dans un très bon mémoire sur l'ictère syphilitique, « si les éruptions semblables à celles de la peau cessent d'être observées dans la profondeur des cavités muqueuses, il y a à cela une raison anatomique toute simple, c'est que l'épithélium y devient si caduc, si délicat, alors même qu'il serait persistant, qu'aucune des formes élémentaires de la classification de Willan ne saurait y exister avec ses caractères connus, si la présence de la couche épidermique est indispensable à sa constitution. » M. Gubler ajoute « qu'il croit pouvoir admettre qu'au moment où l'exanthème secondaire apparaît à la peau, il se fait une poussée analogue sur les membranes muqueuses, qui peut se reconnaître à une injection vasculaire particulière. »

Ces dernières remarques de notre savant et laborieux collègue sont-elles fondées? Je ne saurais l'affirmer, et je regrette qu'elles ne reposent sur aucun fait anatomo-pathologique. Cependant on

ne peut nier qu'elles n'aient pour elles l'analogie, quand on se rappelle la relation si intime des affections muqueuses du tube digestif et des exanthèmes cutanés.

Dans le cas d'une maladie intestinale coïncidant avec une éruption syphilitique secondaire, si l'injection vasculaire seule et sans ulcération a réellement une valeur spéciale, il faut du moins reconnaître qu'elle a pu souvent échapper à l'observation, car son histoire n'est pas encore faite, et ses caractères restent à étudier au point de vue anatomique.

Enfin, si cette forme de l'exanthème syphilitique des muqueuses se rencontre surtout chez les enfants, quoique plus rare ou passant plus souvent inaperçue chez les adultes, elle n'y est pourtant pas sans exemple ; l'observation suivante en fait foi.

Au n° 38 de la salle Saint-Louis, hôpital de Lourcine, entre, le 5 juillet 1855, Augustine H..., âgée de vingt ans, modiste.

Chez cette femme, le début de la maladie paraît remonter à deux mois et demi environ.

Elle nous arrive avec une vaginite intense, des plaques muqueuses vulvaires, des ganglions inguinaux développés, une roséole générale fort accusée, sur laquelle tranche et fait relief une syphilide papuleuse commençante. Les cheveux tombent un peu ; pas de croûtes, peu de furfures du cuir chevelu ; *la gorge est le siége d'une rougeur uniforme avec sécheresse douloureuse et difficulté de déglutition*, sans festons grisâtres du voile du palais ni de ses piliers, sans élevures, sans ulcérations ; pas de ganglions appréciables de la région cervicale postérieure.

Obligée de cacher son état de maladie jusqu'au moment où il est devenu trop apparent, cette femme n'a consulté personne, n'a suivi aucun traitement ; elle est d'ailleurs fort souffrante, et raconte que depuis huit jours environ elle a perdu l'appétit, a éprouvé quelques frissons, et n'a pas cessé d'être tourmentée d'un dévoiement qui l'affaiblit beaucoup.

Elle prend le lit à son entrée, Son ventre est uniformément tendu, douloureux presque en tous ses points ; elle a dans les vingt-quatre heures dix à douze selles aqueuses, souvent incolores, avec un léger degré de ténesme. La diète, l'eau de riz avec le sirop de coings, les lavements amidonnés et laudanisés modifient peu cet état.

Au septième jour de son entrée, elle a encore six et neuf selles par jour, et son ventre est encore douloureux. Le traitement spécifique, retardé jusqu'alors dans la crainte de la complication d'un état aigu, d'une fièvre continue par exemple, est institué malgré la diarrhée ; un régime très doux, les mêmes médicaments opiacés sont continués.

Les 14 et 15 juillet, le dévoiement n'a pas augmenté, malgré les pilules hydrargyriques.

Le 20, il a notablement diminué.

Le 24, il se tarit complétement, et le ventre cesse d'être douloureux. L'alimentation est commencée, l'état s'améliore peu à peu.

Cette femme est restée dans nos salles jusqu'au milieu du mois de janvier suivant. L'extrême sensibilité de ses gencives a forcé d'interrompre plusieurs fois le traitement; à plusieurs intervalles aussi, elle a été reprise de flux intestinal, quelquefois avec douleur abdominale, mais non plus avec la même ténacité ni le même état presque inquiétant de la première atteinte.

Ce sujet a été remarquable à plusieurs points de vue : d'abord par l'intensité de la diathèse, par la généralité de ses manifestations, puis par la prédilection qu'elles ont affectée pour la forme exanthématique. Exanthème précoce (roséole) des plus caractérisés, exanthème pharyngé précoce très manifeste, exanthème tardif du cou des plus marqués : tels sont les phénomènes qui se sont présentés successivement chez cette femme.

En présence de pareilles circonstances, l'existence d'une entérite évidente, qui n'a pas cédé aux moyens ordinaires, qui a disparu seule ou à peu près, après treize à quinze jours de traitement mercuriel, et malgré ce traitement; en présence, dis-je, de ces circonstances et des considérations auxquelles elles donnaient lieu, n'était-on pas autorisé à lier, par relation de cause à effet, l'état de la muqueuse intestinale et les exanthèmes cutané et pharyngé?

Du reste, je ne saurais donner de moyen certain de distinguer sûrement l'entérite mercurielle de la syphilitique. MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique*, t. II) ont dit de la première « qu'ordinairement modérée, elle pouvait quelquefois devenir très vive et s'accompagner de coliques douloureuses et de ténesme; que les matières fécales y prennent, dit-on, une teinte verte analogue à celle des herbes cuites. » Mais on voit que ces caractères sont ceux de toute diarrhée un peu vive, et par quelque cause qu'elle survienne; à plus forte raison, peuvent-ils moins servir à différencier l'entérite syphilitique, qui ressemble à toutes les entérites et n'a point de caractères particuliers. Bref, sa véritable nature ne pourra être que soupçonnée en l'absence de ces deux conditions : diathèse syphilitique énergique arrivée au moins à sa deuxième phase, absence complète de tout traitement hydrargyrique antérieur ou présent.

Je conclus de ce qui précède :

1° Qu'une entérite, vraisemblablement non ulcéreuse, peut

se développer chez des sujets en proie à la diathèse syphilitique.

2° Que cette inflammation est, sans analogie forcée, assimilable à l'exanthème du pharynx et aussi aux exanthèmes cutanés.

3° Qu'il est des cas où la nature spécifique de cette inflammation de l'intestin ne peut être révoquée en doute.

4° Qu'on est donc autorisé à admettre un exanthème syphilitique de l'intestin, et qu'il ne reste plus qu'à observer dans ce sens pour en recueillir des faits plus nombreux, en évitant, autant que possible, des causes d'erreur qui les ont fait méconnaître jusqu'à ce jour.

5° Enfin, que ces conditions pathologiques sont très importantes à connaître, afin de ne pas éloigner le commencement du traitement mercuriel, qui, loin d'être en opposition avec cet état, en est au contraire la médication par excellence.

Érythème des canaux hépatiques, ictère syphilitique. — C'est M. Gubler qui a, le premier, attiré l'attention sur cette manifestation, et qui en a bien déterminé la valeur.

J'ai indiqué déjà, avec les prodromes, les accidents gastriques qui signalent le début de l'infection. Le foie lui-même participe évidemment à ces troubles qui peuvent aller jusqu'à la production de l'ictère. Celui-ci est dû à une congestion de l'organe hépatique, à la roséole de ses canaux excréteurs.

Il n'offre aucun caractère spécial. La coloration de la peau peut être très légère, et dans d'autres cas très intense, colorer les sécrétions, la salive. La couleur safranée de l'urine, devenue verte par l'acide nitrique, existe ici comme dans tout ictère vrai.

Sa durée, en général assez courte, peut atteindre plusieurs septénaires.

Le début est le plus souvent marqué par des phénomènes généraux et gastriques d'une grande intensité, fièvre, état saburral, rachialgie. Il se fait en même temps que l'éruption cutanée, dont il voile souvent la coloration. Celle-ci est, en général, abondante ; et, contrairement à l'opinion de M. Ricord, on ne peut admettre que la jaunisse amoindrit le développement des accidents de la peau. L'analogie conduirait plutôt à une opinion inverse ; car on connaît bien l'influence de l'ictère vulgaire sur la production du prurit et des éruptions ordinaires. De l'observation d'un certain nombre de faits, il résulte, pour moi, que la première poussée tégumentaire est généralement intense, et démontre, non une substitution de la fluxion hépatique, un balancement entre les deux localisations, mais une activité exagérée de la cause morbide, qui agit sur des appareils multiples. Si la nuance jaune masque

pour un temps la rougeur de l'érythème, celui-ci reparaît, à son tour, au déclin de la jaunisse.

Le diagnostic est basé sur l'absence de cause occasionnelle, et surtout sur la coexistence ou l'apparition rapide des symptômes syphilitiques cutanés ou muqueux.

Cependant, ce serait aller trop loin que de voir dans tous les ictères des sujets syphilitiques une lésion spécifique du foie. En effet, la crainte de la vérole est extrême chez beaucoup de gens du monde, et ceux qui s'en croient à l'abri sont souvent terrifiés quand on leur annonce qu'ils en sont atteints. Il n'en faut pas davantage pour déterminer un trouble hépatique semblable à ceux qu'on observe journellement à la suite de vives émotions morales. J'ai été témoin de plusieurs faits de cette espèce.

L'ictère syphilitique de la période secondaire ne devra pas être confondu avec la coloration jaunâtre de la peau dépendant de la chloro-anémie précoce ou tardive que j'ai indiquée et qui, d'ailleurs, ne donne pas la réaction caractéristique de l'urine. L'âge de l'évolution syphilitique le fera aussi différencier de celui qui est la conséquence de lésions organiques plus profondes, les productions gommeuses, l'hépatite interstitielle, partielle ou généralisée, qui rentrent dans la classe des affections tertiaires. D'ailleurs, dans ces cas, le palper abdominal peut venir en aide au diagnostic, tandis que dans l'ictère dont il est actuellement question, le volume du foie ne subit aucun changement, et tout au plus y a-t-il une sensibilité exagérée dans la région hépatique.

Érythèmes syphilitiques divers. — Aux diverses congestions syphilitiques abdominales dont je viens de m'occuper, on en peut joindre encore certaines autres que je ne fais que mentionner, parce que d'abord elles sont fort rares, et ensuite parce qu'elles n'ont pas encore dans la science un droit de cité incontestable. Telle est, par exemple, l'épididymite aiguë, sans écoulement blennorrhagique, signalée par M. Bassereau; telle est la paralysie faciale indiquée par le même auteur, et dont tout récemment le docteur Langlebert faisait connaître, dans la *Gazette des hôpitaux*, un fait qui peut-être n'est pas incontestable; paralysie congestive qu'il ne faut pas confondre avec celle que peuvent amener les altérations osseuses de l'époque tertiaire, ou dans la période secondaire les engorgements ganglionnaires capables de déterminer la compression du nerf facial à son point d'émergence du crâne. Telles sont aussi certaines irritations oculaires, utérines ou vaginales. Tous ces faits peuvent se rapporter à l'hypothèse ingénieuse et très probable de l'espèce de roséole du périoste et des tissus fibreux que j'ai rappelée.

Ces accidents, sous la même dépendance syphilitique, n'ont pas une valeur pathologique bien considérable; ils ne font pas que la diathèse soit plus grave, mais il est essentiel de les bien connaître, afin de ne pas les croire un motif à retarder l'institution du traitement spécifique mercuriel, dont ils sont au contraire parfaitement justiciables.

DES PLAQUES MUQUEUSES.

Essentiellement constituées par une hypertrophie papillaire, les plaques muqueuses peuvent être considérées comme l'un des accidents secondaires qui succèdent immédiatement au chancre; ce qui veut dire que la vérole a la plaque muqueuse pour seconde phase de son évolution; car je n'admets pas, comme quelques auteurs anciens et modernes, que la plaque muqueuse puisse être accident primitif, ou, si mieux on aime, première manifestation de la contagion syphilitique.

Plusieurs noms ont été proposés pour désigner l'éruption dont nous avons à faire l'étude. On a décrit cette syphilide sous le nom de papules muqueuses, pustules plates, tubercules muqueux, plaques muqueuses: sans m'arrêter à faire la critique de toutes ces dénominations, je dirai seulement que je préfère la dernière, parce que, sans rien préjuger, elle désigne d'une manière plus nette les caractères de l'éruption.

Les plaques muqueuses ont été étudiées surtout par les syphilographes modernes. Nicolas Massa, Fallope, Forestus en parlent positivement; Massa dit, en désignant une espèce de pustules: « *Apparent rubeæ, elevatæ, magnæ, humidæ et tumidæ.* » On ne peut guère désigner l'éruption plus clairement; mais ce ne sont pas là des descriptions. Tous les auteurs qui suivent n'ont rien dit de plus. C'est surtout dans ces derniers temps que cette syphilide a été décrite avec la plus grande attention. M. Ricord, dans ses notes à la traduction de Hunter, en a donné une bonne description. M. Bassereau, dans son excellent livre des affections de la peau symptomatiques de la syphilis, a écrit sur ce sujet un très bon chapitre sous le titre de *Syphilide papuleuse humide*, afin, dit-il avec juste raison, de la soustraire à l'ordre des tubercules dont elle ne s'éloigne pas seulement par ses caractères objectifs, mais encore par la précocité de son apparition; la papule humide étant un des premiers symptômes constitutionnels qui suivent le chancre, tandis que les tubercules se développent tardivement à une époque assez éloignée de la contagion. M. Melchior Robert, dans son *Traité des maladies vénériennes*, expose avec talent les diverses formes que peut revêtir la plaque muqueuse dans toutes les régions où elle se développe. La thèse de Legendre sur les syphilides doit aussi être consultée. Un dernier travail mérite une mention toute spéciale, à cause du retentissement qu'il a eu et des

idées originales qui s'y trouvent consignées, c'est le mémoire que MM. Davasse et Deville ont publié dans les *Archives générales de médecine* (1845). Je parle de ce mémoire d'autant plus volontiers qu'il a été écrit par deux de mes élèves, lorsque j'étais chirurgien de Lourcine. Tous les auteurs que je viens de citer ont étudié la question de contagion des plaques muqueuses, mais c'est certainement M. Rollet qui, dans ces derniers temps, a traité de la manière la plus complète cette question importante.

Les plaques muqueuses peuvent se développer sur toutes les muqueuses et sur la peau dans tous les points où par son contact avec elle-même elle présente une analogie plus ou moins grande avec le tégument interne. Les statistiques de MM. Davasse et Deville pour la femme et de M. Bassereau pour l'homme donnent une idée exacte du siége le plus habituel de la lésion par ordre de fréquence. Voici le relevé que les deux premiers ont établi d'après l'examen fait dans mon service à l'hôpital de Lourcine, de 186 femmes atteintes de cette éruption :

A la vulve	174 fois.
A l'anus	59
Au périnée	40
Aux fesses et aux parties internes et supérieures des cuisses	38
Aux amygdales	19
A la langue	6
Au nez	8
Aux orteils	5
A la face	5
A l'ombilic	3
Au pourtour des ongles	2
Aux oreilles	2
Au voile du palais	2
Au pli inguinal	2
Au cou	1
Au mamelon	1
Au col de l'utérus	1

Le relevé de M. Bassereau sur 130 hommes indique les manifestations suivantes :

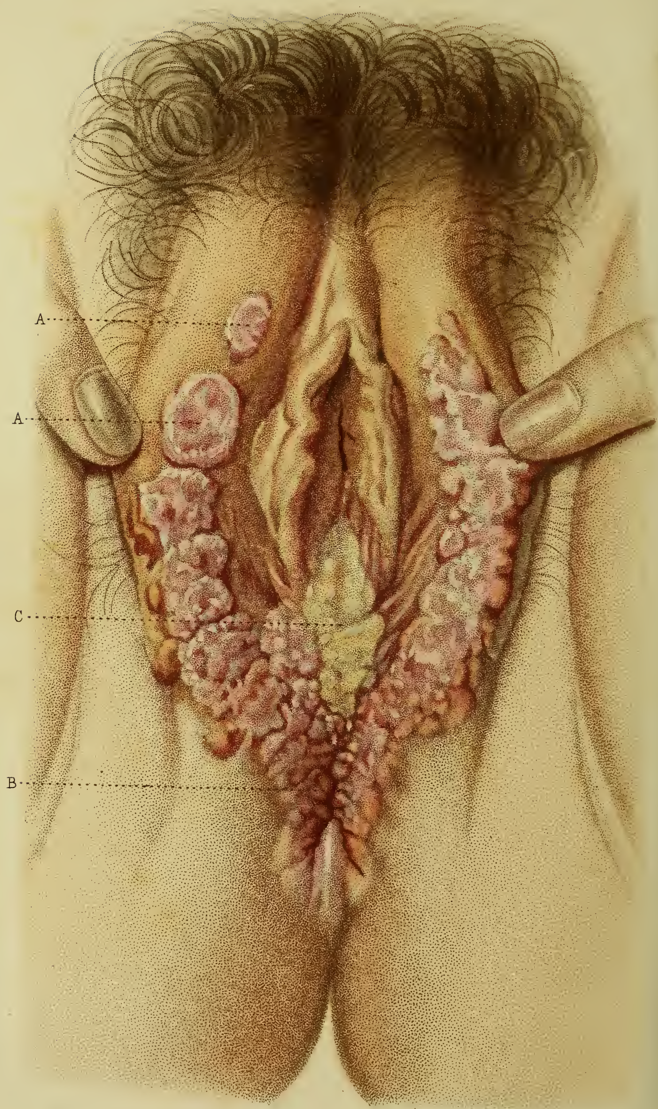
A l'anus	10 fois.
Aux amygdales	100
Au scrotum	66
A la bouche, aux lèvres	55
Sur le globe et la face interne du prépuce	28

Sur le voile du palais	27 fois.
Sur la langue	18
Sur les piliers du voile du palais	17
A la face interne des joues et des lèvres	11
Aux espaces interdigitaux des pieds	11
Au pli scroto-crural	5
A l'orifice des narines	2
A l'insertion d'un ongle du pied	2
Au méat urinaire	1
Sous l'aisselle	1
Aux gencives	1
Sur toute la surface des fesses et sur toute l'étendue des cuisses chez un petit garçon de trois mois	1

Les observations que j'ai pu faire depuis la publication de ces documents, tant à Lourcine qu'à l'hôpital du Midi, concordent avec celles des médecins que je viens de citer. J'ai remarqué, en effet, que chez la femme les organes génitaux sont plus souvent atteints que chez l'homme ; j'ai remarqué aussi que les amygdales étaient plus fréquemment envahies chez l'homme que chez la femme ; ce qui tient sans doute aux causes d'irritation plus fréquentes du gosier par l'usage des alcooliques dans le sexe masculin. Enfin j'ai observé que l'anus jouissait du fâcheux privilége d'être occupé par les plaques muqueuses presque toutes les fois qu'il en existait à la vulve ; tandis que chez l'homme il arrive le plus souvent que les parties génitales en sont exemptes, et que l'anus en est recouvert.

La première apparition des plaques muqueuses a lieu souvent en même temps que la roséole syphilitique, pendant l'existence de celle-ci ou lorsqu'elle est sur son déclin, c'est-à-dire que, comme pour l'éruption cutanée, c'est de un à trois mois après le coït infectant. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il arrive qu'elles se font voir plus tôt, lorsque, par exemple, le chancre se transforme *in situ* en plaque muqueuse. Cette transformation, qu'il est souvent difficile de constater et qui peut se faire très rapidement, a conduit beaucoup de syphilographes à considérer la plaque muqueuse comme accident primitif, résultant du contact physiologique du chancre ou de l'inoculation artificielle d'un symptôme secondaire.

Les plaques muqueuses sont discrètes ou confluentes. Le plus souvent elles prennent le dernier aspect, sous l'influence de conditions hygiéniques mauvaises. Ainsi les femmes qui ne négligent pas les précautions de propreté sont bien moins exposées à la confluence que celles qui gardent plusieurs jours du linge mal-



Forget sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Geny

PLANCHE LIV.

PLAQUES MUQUEUSES.

Plaques muqueuses confluentes des grandes lèvres et de l'anus.

A, A, sur la grande lèvre droite; deux sont isolées.

Elles sont toutes légèrement exulcérées, et rendues grisâtres par une légère exsudation.

B, épaississement des plis rayonnés de l'anus.

C, écoulement vaginal muco-purulent abondant.

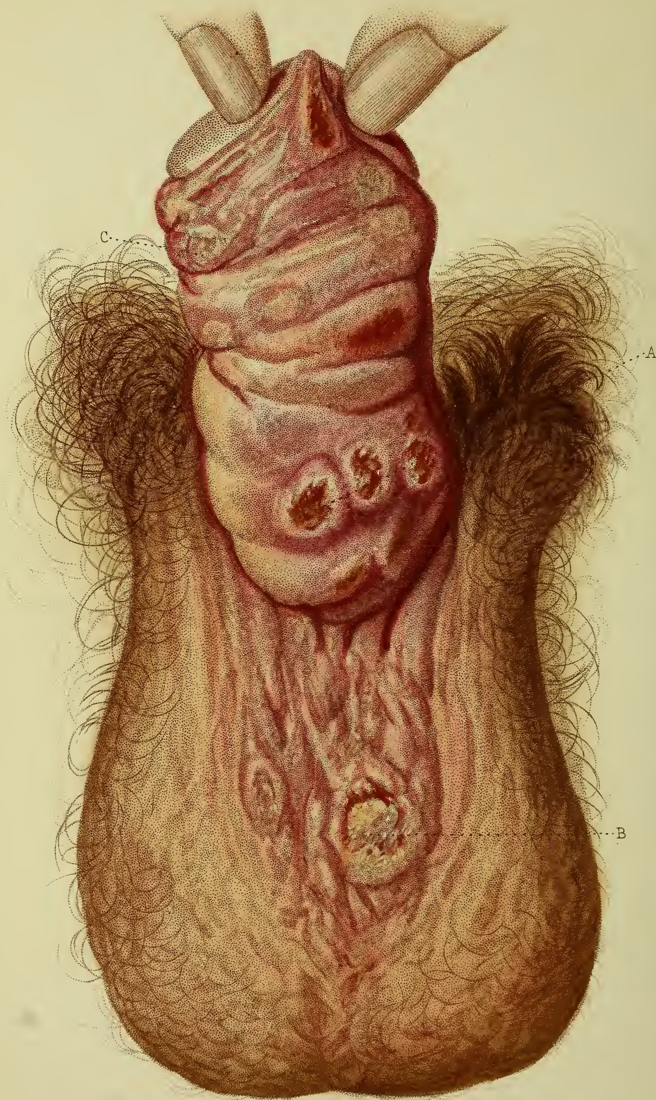
propre, continuellement en contact avec les surfaces malades. S'il est fréquent de voir les plaques muqueuses se développer à l'état confluent, il n'est pas rare non plus d'en observer seulement quelques-unes, deux ou trois par exemple, même dans les points où habituellement elles apparaissent en grand nombre. Sans doute les conditions de propreté peuvent expliquer ce fait, dans certains cas, mais elles n'en rendent pas toujours compte puisqu'on observe des plaques muqueuses confluentes chez les malades les plus attentifs aux soins de l'hygiène la plus minutieuse. Lorsque l'éruption récidive, elle est ordinairement discrète; il arrive quelquefois en effet que la syphilis semble avoir épuisé la série de ses manifestations secondaires, lorsque brusquement une ou plusieurs plaques muqueuses apparaissent soit aux parties génitales, soit à la gorge, soit à la commissure des lèvres.

Symptomes. — Les plaques muqueuses présentent, à observer, trois formes de début différentes en dehors, bien entendu, de la syphilis héréditaire. Elles peuvent apparaître *in situ* sur un chancre non encore cicatrisé. Elles peuvent se montrer sur des cicatrices de chancre. Enfin, et c'est là le mode le plus fréquent de leur évolution, elles se développent sur les muqueuses ou sur la peau, en dehors de la sphère de l'accident primitif et lorsqu'il est complétement guéri depuis longtemps. La transformation du chancre en plaque muqueuse a été étudiée d'abord par M. Ricord ; elle a été décrite avec beaucoup de soin par MM. Davasse et Deville.

Cette transformation peut s'opérer quelques jours après le coït infectant, au point de faire croire, comme je l'ai déjà dit, que la plaque muqueuse a été l'accident primitif. Mais si l'on est à même de suivre attentivement l'évolution, on voit que ce n'est qu'une transformation et voici comment elle se fait ordinairement. La circonférence du chancre commence à bourgeonner ; elle devient rouge; le centre au contraire conserve son aspect grisâtre et réellement chancreux. Peu à peu le cercle inflammatoire augmente; il se forme un vrai disque aux dépens de la surface chancreuse. Ce disque a une teinte violacée et s'élève légèrement au-dessus du niveau de la peau et du centre de l'ulcération qui tend progressivement à disparaître. Alors se produit une pellicule membraniforme, légèrement blanchâtre et très mince; la lésion secondaire est constituée.

Quelquefois la pellicule n'existe pas, alors la plaque muqueuse est entourée d'un liseré déchiqueté sur lequel M. Ricord insiste; il le considère comme un signe diagnostique important d'une ulcération antécédente.

Pl. 55.



Davesne sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

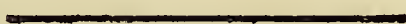
Imp. Geny-Gros

PLANCHE LV.

PLAQUES MUQUEUSES.

Plaques muqueuses de la verge et du scrotum.

A, plusieurs sont exulcérées.
B, sur le scrotum plaque arrondie, ulcérée.
C, transformation en plaque muqueuse du chancre d'entrée de la vérole.



La rapidité avec laquelle s'opère la transformation est influencée par la région même sur laquelle le chancre existe. Ainsi dans tous les points où deux surfaces se trouvent habituellement en contact, elle est fréquente; on la voit ordinairement aux grandes lèvres, à l'anus. Cette transformation est si bien influencée par le contact des parties, que s'il se trouve un chancre dont une portion est exposée à l'air et l'autre portion en contact avec une surface chaude et humide, la moitié du chancre exposé à l'air se cicatrise tandis que l'autre moitié se transforme en plaque muqueuse. J'ai pu parfaitement observer ce fait plusieurs fois sur des chancres des lèvres.

Le deuxième mode d'évolution de la plaque muqueuse a été indiqué par M. Bassereau. C'est lui qui le premier parle de chancres cicatrisés sur lesquels ont apparu des plaques muqueuses. Cet auteur a vu huit fois sur la face interne du prépuce et sur le gland ce mode d'évolution Il s'agissait de chancres phagédéniques. Du quinzième au dix-neuvième jour après la cicatrisation, l'épiderme se déchira, la cicatrice se rompit et à sa place parut une couche diphthéritique. M. Bassereau insiste beaucoup sur cette transformation, qui présente en effet un très-grand intérêt et sur laquelle aucun doute ne peut être émis, parce qu'elle a été très exactement observée.

Le troisième mode de développement et le plus fréquent, c'est celui qu'on observe sur des tissus sains, muqueux ou cutanés. Tout à fait au début, ordinairement il existe une légère élevure rouge de la peau ou de la muqueuse ; quelquefois ce n'est qu'une tache érythémateuse. L'épiderme ou l'épithélium sous l'influence de la poussée inflammatoire se décolle et il apparaît une surface granuleuse rouge qui bourgeonne et qui constitue tantôt une saillie assez élevée, tantôt une saillie à peine visible. La surface de ces saillies peut affecter diverses colorations qui varient suivant les régions et aussi suivant les conditions dans lesquelles se trouve le malade. Tantôt cette coloration est d'un rouge foncé et même bleuâtre comme chez les femmes enceintes, tantôt elle est d'un pâle légèrement rosé. Enfin, et cela arrive souvent, la surface des plaques muqueuses a une couleur opaline, elle est recouverte d'un enduit blanchâtre ou plutôt d'une pellicule pseudo-membraneuse. Les bords sont ordinairement rouges, entourés d'une zone inflammatoire plus ou moins étendue. Les plaques muqueuses peuvent être assez nombreuses pour se toucher par leurs bords, se confondre, se réunir au point de former des surfaces très-comparables à celles d'un vésicatoire enflammé et bourgeonnant. C'est surtout dans cet état de confluence qu'elles laissent suinter

un liquide muco-purulent qui répand une odeur infecte, *sui generis*, si bien qu'il est possible, d'après cette seule odeur, de les diagnostiquer sans les voir.

Les plaques muqueuses acquièrent souvent une élévation assez grande pour s'étaler et pour faire croire qu'elles sont munies d'un pédicule. Elles ont alors l'apparence fongiforme et ont pu être prises pour des végétations simples.

La surface des plaques muqueuses est souvent parcourue par de petits sillons très nombreux, circonscrivant entre eux de fines granulations qui deviennent quelquefois assez grosses pour leur mériter le nom de végétantes. C'est même sur ce fait que plusieurs auteurs se sont basés pour croire que les végétations sont syphilitiques.

Les plaques muqueuses peuvent s'ulcérer, elles sont alors entourées d'un cercle inflammatoire plus étendu et plus tranché que d'habitude.

La forme des plaques muqueuses varie beaucoup. Le plus souvent arrondies, elles sont quelquefois elliptiques. La région qu'elles occupent exerce une grande influence sur leur disposition ; c'est ainsi qu'à l'anus elles se développent ordinairement en triangles, accolés les uns aux autres par leurs côtés, le sommet dirigé vers l'anus.

J'ai décrit la plaque muqueuse au point de vue de ses caractères objectifs et des symptômes locaux qu'elle présente. L'influence qu'elle exerce sur l'organisme rentre dans l'étude prodromique des symptômes généraux. Ainsi, s'il arrive souvent qu'une éruption de plaques muqueuses ait lieu sans que le malade s'en aperçoive au point de vue de la santé générale, il est des cas au contraire où elle est précédée ou accompagnée de phénomènes fébriles caractéristiques, de frissons plus ou moins longs suivis de chaleur et de sueur, si bien qu'on pourrait croire à l'existence d'accès intermittents si le médecin ne faisait pas attention que ces accès n'ont pas un caractère de périodicité. A ces phénomènes fébriles s'ajoutent souvent l'inappétence et l'embarras gastrique. Le cortége de ces accidents fébriles est si net, qu'on a donné, ainsi que je l'ai déjà dit, à l'ensemble des phénomènes qui existent le nom de fièvre syphilitique secondaire.

Les plaques muqueuses ont un retentissement sur les ganglions, ceux qui correspondent à la région sur laquelle elles se développent s'engorgent quelquefois. Quand les plaques muqueuses sont ulcérées, l'adénite existe fatalement.

Suivant les régions qu'elles occupent, les plaques muqueuses s'écartent de leur type primitif : à la bouche, où elles sont fré-

PLANCHE LVI.

PLAQUES MUQUEUSES.

Fig. 1. — Deux larges plaques muqueuses opalines, déjà anciennes, non ulcérées à la face inférieure de la langue, sur les côtés du frein.

Fig. 2. — Plaques muqueuses de la gencive, celle-ci est légèrement rouge, et présente des taches opalines sur les parties saillantes, à la base des dents.

Fig. 3. — Stomatite mercurielle. Rougeur vive de la langue : A, avec desquamation blanchâtre à sa face supérieure ; à la face inférieure, B, enduit pultacé avec ulcération environnée d'une rougeur intense vive.

Fig. 4. — Même malade : gencives rouges, fongueuses ; enduit pultacé abondant à la couronne alvéolaire.

Pl. 56.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS

quentes, on les voit souvent sur la muqueuse des lèvres et principalement aux commissures, elles y prennent une forme elliptique à saillie à peine visible, à surface d'un rouge qui tranche sur la coloration de la muqueuse normale, donnant lieu à de petites fissures qui se recouvrent de croûtes très minces et qui, sous l'influence des mouvements, paroles ou mastication, sont très gênantes, se déchirent et occasionnent un léger suintement de sang ; c'est là surtout qu'elles récidivent avec une grande facilité.

A la langue, les plaques muqueuses se développent ordinairement sur les bords, elles y sont peu saillantes, à surface tantôt érodée, fissurée et rouge, tantôt blanchâtre, recouverte d'une pellicule pseudo-membraneuse. Mais ce dernier aspect est plus fréquent à la pointe et sur la face supérieure.

Les plaques muqueuses, assez rares au delà des piliers postérieurs du voile du palais, se développent néanmoins sur la paroi postérieure du pharynx où elles forment des élevures plus nettement tuberculeuses, rouges et moins souvent recouvertes de la pellicule qui donne l'apparence opaline.

Les amygdales semblent être le siége de prédilection des plaques muqueuses. Quelquefois elles forment en ce point des saillies à surface grisâtre, mais c'est là qu'on les rencontre plus souvent à l'état d'ulcération par suite des frottements qu'elles ont à subir de la part du bol alimentaire, dont la déglutition produit une sensation d'éraillure, de déchirure, augmentée par la contraction musculaire du pharynx.

Comme la poussée de plaques muqueuses sur les amygdales est souvent précédée d'un état congestif et hypertrophique de ces organes, la voix peut subir alors des altérations variables ; tantôt rauque ou comme déchirée, tantôt elle est seulement nasonnée. Il faut être prévenu de cette modification dans la phonation déterminée par des plaques muqueuses pharyngiennes pour ne pas la confondre avec celle qui est due à la présence d'une lésion semblable dans le larynx même. En effet, les plaques muqueuses des cordes vocales ne sont pas rares et elles constituent un symptôme plus grave que celles dont je viens de parler, parce que, mêmes guéries, si elles ont été ulcérées, elles peuvent laisser après elles une altération de la voix qui résiste à tous les traitements antisyphilitiques les plus rationnels.

Autrefois impossibles à constater par la vue, les plaques muqueuses du larynx ne pouvaient être que soupçonnées par les effets qu'elles produisent, mais le laryngoscope a rendu leur diagnostic évident. Deux médecins distingués, les docteurs Gerhardt et Roth (de Wurtzbourg), en ont fait l'objet d'un bon travail publié il y a

PLANCHE LVII.

PLAQUES MUQUEUSES.

Fig. 1. — C'est le sujet représenté pl. XLIII, fig. 2.

A, traces du chancre induré cicatrisé.

B, plaque irrégulière rouge légèrement saillante, non ulcérée, un peu opaline.

Fig. 2. — Plaques muqueuses opalines, sur les côtés de la langue, dont les plis sont épaissis et séparés par des fissures profondes.

Fig. 3. — Plaques muqueuses confluentes du col (lèvre antérieure et commissures), saillantes, opalines, avec rougeur très limitée à la périphérie. La lèvre postérieure présente une légère érosion sans caractères particuliers.

Fig. 4. — *Plaques muqueuses de l'isthme du gosier.*

A, amygdales dont la surface est irrégulière, érodée, couverte d'un enduit grisâtre.

B, plaques opalines irrégulières sur les piliers antérieurs.

C, au milieu, la luette parfaitement saine.

Fig. 1.

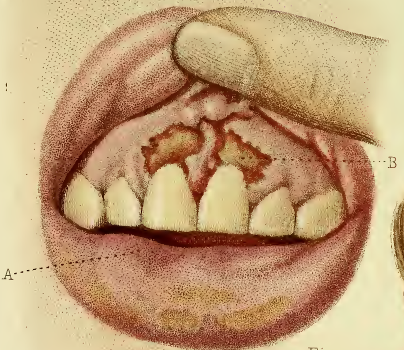


Fig. 3.

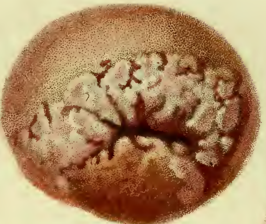
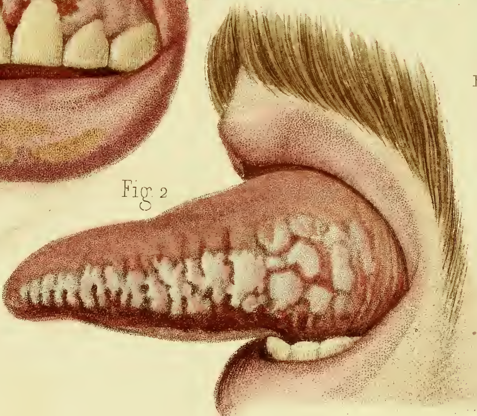


Fig. 4.



Fig. 2



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

quelqu
gran
attein
tion s
dans
renc
dans
géni
L
la n
céd
Ell
la
tér
re

s

quelque temps. Les auteurs de ce mémoire ont soumis, dans un grand nombre de cas, à l'examen laryngoscopique des sujets atteints d'affection syphilitique. Ils appellent spécialement l'attention sur l'apparition précoce des plaques muqueuses laryngiennes dans la première phase des accidents secondaires. Ils les ont rencontrées huit fois sur quarante-huit malades qui se trouvaient dans ces conditions, affectés de plaques muqueuses des organes génitaux, de roséole, etc.

Les plaques muqueuses leur ont offert les mêmes caractères sur la muqueuse laryngée que dans l'arrière-gorge, et ils les ont vues céder rapidement, dans quatre cas, à un traitement mercuriel. Elles existaient cinq fois sur la corde vocale droite, trois fois sur la gauche, quatre fois dans l'intervalle des deux cartilages aryténoïdes, une fois à la commissure antérieure et deux fois sur les replis aryténo-épiglottiques.

Le plus souvent elles paraissent s'être développées de six à dix semaines après l'accident primitif.

D'après les faits observés par les deux médecins de Wurtzbourg, l'affection précoce du larynx chez les syphilitiques serait, en définitive, constituée bien plus souvent par des plaques muqueuses que par une laryngite catarrhale simple. Les formes ulcéreuses simples sont beaucoup plus tardives, qu'elles soient d'ailleurs consécutives, soit à une périchondrite, soit à des gommes suppurées. MM. Gerhardt et Roth trouvent que les affections syphilitiques du larynx sont assez fréquentes. Ils les ont rencontrées dix-huit fois sur cinquante-six malades, et ils ne sont pas éloignés d'admettre qu'un certain nombre de laryngites chroniques auxquelles on ne peut assigner de cause apparente, appartiennent en réalité à la vérole. Je suis de leur avis, mais je dois dire aussi que j'ai vu souvent des phthisies laryngées, non douteuses, être méconnues et inutilement traitées par les antisyphilitiques de toutes sortes, seulement par cette raison que ces malades avaient eu antérieurement la vérole.

Lorsqu'il se développe des plaques muqueuses au nez, leur siége de prédilection est le pourtour du sillon naso-labial, le bas des narines ; elles apparaissent sous forme de petites fissures qui se recouvrent de croûtes très minces, absolument comme celles des commissures des lèvres.

Aux yeux, les plaques muqueuses sont plus fréquentes qu'on est généralement porté à le croire, faute souvent d'un examen attentif ; c'est quelquefois sur le sillon de la paupière inférieure qu'on les observe. Elles se présentent alors avec leurs caractères les mieux tranchés, mais quelquefois aussi c'est la commissure

PLANCHE LVIII.

PLAQUES MUQUEUSES.

Fig. 1. — Plaques muqueuses confluentes de l'oreille dans le repli de la peau et de la partie postérieure du pavillon.

Fig. 2. — Plaque muqueuse (rhagade) interdigitaire de la main droite, dont le centre est humide et opalin, et les bords plus saillants, secs et granuleux.

Fig. 3. — Plaque muqueuse (rhagade) de l'orteil du pied gauche, arrondie, à centre ulcéré et déprimé.

PL. 58

Fig. 1.

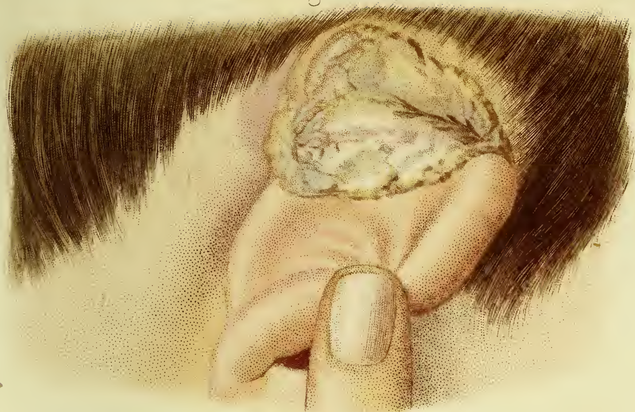


Fig. 2.



Fig. 3.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Davesne sc.

Imp. Geny Gros

des paupières qui en est le siége. Dans ce cas elles envahissent la conjonctive en y produisant à peine de la saillie et peuvent être prises pour de la blépharite chronique.

On les observe plus rarement aux oreilles, tantôt derrière et à la base du pavillon, tantôt à l'entrée et même à une certaine profondeur du conduit auditif.

On en voit sur la peau des mains et des pieds, et alors c'est entre les doigts et les orteils qu'elles siégent. Les premières sont tellement rares, que bon nombre de médecins ayant déjà une grande pratique n'ont jamais été à même d'en observer. Celles des orteils sont beaucoup plus communes; elles se font voir de préférence chez les gens sales, chez ceux qui marchent beaucoup et qui transpirent des pieds, dernière circonstance qui fait que l'on en voit bien plus souvent pendant la saison chaude qu'en hiver.

Ces plaques muqueuses des orteils sont en général très douloureuses; elles s'ulcèrent avec la plus grande facilité, et elles donnent lieu quelquefois à un suppuration très abondante dont l'odeur ordinaire de la plaque muqueuse, se mêlant à celle de la transpiration des pieds, produit des émanations horriblement désagréables au malade et aux personnes qui l'entourent, et qu'on ne saurait trop tôt s'empresser de combattre par les moyens que nous indiquerons.

C'est sans contredit aux organes génitaux que les plaques muqueuses se développent de préférence; à la vulve, elles sont souvent très confluentes, recouvrant les grandes lèvres et s'étendant même jusqu'aux plis génito-cruraux. Elles occasionnent, par le suintement qui en découle, une irritation très grande des parties voisines; aussi n'est-il pas rare de voir au pourtour de l'éruption syphilitique des poussées eczémateuses qui déterminent des démangeaisons pénibles pour les malades. Cette irritation peut être accompagnée de rougeur et de gonflement des grandes lèvres, au point même que les femmes sont obligées de garder le repos. Les plaques muqueuses des grandes lèvres sont parfois très étendues; il est assez fréquent d'en voir deux siégeant chacune sur une des grandes lèvres, s'appliquer exactement l'une sur l'autre et présenter la même forme et la même étendue. Ces grandes plaques sont ordinairement elliptiques, saillantes, à surface lisse un peu blanchâtre, et suintantes.

Quand elles ne sont pas très larges, elles peuvent présenter une grande ressemblance avec les chancres folliculaires. Aux petites lèvres, elles sont, parfois très confluentes, elles occupent leurs bords libres de manière à les festonner en quelque sorte; dans ces cas, il est très rare que le capuchon du clitoris ne soit

pas envahi ; alors il devient rouge, gonflé, et le clitoris s'y trouve comme emprisonné. Chez les femmes enceintes, les plaques muqueuses de la vulve prennent ordinairement une couleur rouge foncé qui tient évidemment à une congestion de tout le système génital. C'est surtout à la vulve que les plaques muqueuses sont la source du suintement muco-purulent abondant et à odeur infecte.

Le col de l'utérus n'est pas exempt de l'éruption que nous étudions ; on observe, en effet, quelquefois sur une des lèvres du col, plus rarement sur les deux, soit une saillie grisâtre, à surface comme gaufrée soit, dans une période plus avancée, des érosions de forme arrondie ou elliptique dont les bords offrent une légère élevure, et dont la surface rouge laisse suinter du pus qu'il ne faut pas rapporter à un chancre ou à une vaginite.

Chez l'homme, les organes génitaux sont moins souvent envahis par cette syphilide que chez la femme. C'est particulièrement la racine des bourses qu'occupent les plaques muqueuses ; on en voit souvent sur le gland et le prépuce où elles occasionnent un état inflammatoire, ulcéreux ou non, qu'on peut confondre avec le chancre mou ou avec la balano-posthite simple si l'on se contente d'un examen superficiel.

Dans les deux sexes, les plaques muqueuses sont fréquentes à l'anus. Tantôt discrètes, tantôt confluentes, elles peuvent être éparses ou bien entourer complétement l'ouverture anale, après avoir envahi tous les espaces compris entre les plis radiés et gêner la défécation qui, dans ces conditions, occasionne facilement des déchirures assez étendues. Mais l'exubérance des plaques muqueuses n'est pas toujours aussi grande, il peut se faire même que leur saillie soit très légère : alors l'anus est seulement déplissé et les plis circonscrivent entre eux autant de plaques muqueuses qui ont la forme de triangles à sommet dirigé du côté de l'orifice, il se produit alors moins de dilacération que dans les cas dont nous venons de parler.

Les plaques muqueuses ne sont pas rares à l'ombilic ; souvent il n'y en a qu'une seule qui remplit toute la dépression ombilicale par son bourgeonnement rouge et suintant. Parfois elles n'occupent que le pourtour de la dépression en forme d'un disque ou d'un croissant à surface tantôt dénudée, tantôt recouverte d'une croûte mince.

Diagnostic. — Ce diagnostic présente beaucoup d'intérêt, parce que souvent l'erreur est facile. Aussi combien de praticiens se trouvent-ils fort embarassés en face de plaques muqueuses des organes génitaux ; ils se demandent s'il s'agit de plaques muqueuses

ou de chancres folliculaires. C'est qu'en effet les plaques muqueuses et les chancres folliculaires ont quelquefois une grande ressemblance. Sans doute quand il existe des plaques muqueuses à la vulve, les ganglions de l'aine sont ordinairement pris, mais ils le sont aussi dans les cas de chancres folliculaires. Sans doute avec les plaques muqueuses vulvaires on en rencontrera d'autres sur un point différent du corps, ou bien il y aura en même temps une éruption secondaire cutanée quelconque ; cela n'a pas lieu pour le chancre folliculaire. Au début, surtout, les plaques muqueuses ont presque toujours un certain retentissement sur l'organisme; il n'en est pas de même des chancres folliculaires. Ce chancre n'est pas accompagné de suintement muco-purulent, du moins ordinairement, tandis qu'il est plus ou moins abondant sur les plaques muqueuses. Ces dernières n'ont pas aussi exactement la forme arrondie que l'on observe dans le chancre folliculaire. En outre, celui-ci est constitué par une ulcération très petite, déprimée et entourée d'une zone d'un rouge plus ou moins foncé, il a une forme légèrement conique. La plaque muqueuse est saillante, évasée, à surface plus ou moins lisse, le plus souvent sans dépression ulcérée en son centre.

L'herpès est quelquefois aussi une cause d'erreur ; on l'évitera si l'on sait qu'il débute par des vésicules dont la rupture donne naissance à de petites érosions de forme variable, suivant que les vésicules sont plus ou moins confluentes ; si elles sont isolées, les petites érosions qui leur succèdent sont comme lenticulaires ; si elles sont très rapprochées les unes des autres, les érosions se confondent et la solution de continuité dont les bords sont plus ou moins festonnés peut devenir très large. J'ai vu plusieurs fois chez des individus dont les antécédents paraissaient exempts de vérole, l'intertrigo simple être pris pour des plaques muqueuses et traité en conséquence par le mercure, alors que la cessation du traitement spécifique et l'usage de soins de propreté, les bains simples ou alcalins, en faisaient prompte justice. Il y a rarement un retentissement ganglionnaire, plus rarement encore un retentissement général sur l'organisme. Or, nous savons que les plaques muqueuses ont ce dernier et triste privilége. De plus, nous avons vu qu'elles ne se montrent pas sous la même forme que les érosions herpétiques, elles sont plus saillantes, suintantes, à odeur caractéristique ; elles durent un certain temps. Les érosions de l'herpès sont à peine humides, elles disparaissent vite si l'on ne les entretient pas par des applications locales intempestives.

Les plaques muqueuses ulcérées peuvent être confondues, et le sont en effet assez souvent, avec le chancre induré. J'ai assez

insisté, en faisant l'histoire de ce dernier, sur les états d'aspect différent qu'il peut présenter pour qu'il soit besoin d'y revenir ; je dirai seulement que, à part les circonstances du dernier coït, qui peuvent éclairer sur la source et le début du mal, lorsqu'il s'agit de plaques muqueuses, le retentissement sur l'organisme est mieux dessiné, et il y a ordinairement d'autres manifestations éruptives précédées elles-mêmes d'un chancre avoué par le malade ou dont on peut retrouver les traces sur un point quelconque du tégument.

L'apparence opaline des plaques muqueuses fait qu'un médecin peu exercé pourrait confondre cet accident secondaire avec une angine herpétique ou une angine pseudo-membraneuse ; mais l'état des ganglions cervicaux, la coïncidence d'éruptions herpétiques aux lèvres, l'âge du malade mettront facilement sur la voie.

Les plaques muqueuses constituent une éruption dont la marche est habiuellement chronique; cependant elle revêt souvent un caractère aigu. Elle se manifeste sous forme de poussée inflammatoire fébrile. Malgré cela, on doit la considérer comme une éruption à marche lente et à récidive fréquente. Ainsi il n'est pas rare de voir des sujets syphilitiques atteints de plaques muqueuses qui disparaissent assez rapidement pour se reproduire au bout de quelques mois.

L'éruption peut disparaître sous l'influence des soins de propreté et d'un traitement local approprié, mais lorsque ces conditions d'hygiène et de traitement manquent, il est commun de voir la plaque muqueuse persister avec ténacité et durer très longtemps.

La terminaison des plaques muqueuses s'opère de deux manières différentes, suivant qu'elles subissent un traitement ou qu'on les abandonne à elles-mêmes. Quand on les traite avec soin, le suintement disparaît vite, la surface devient sèche et l'exsudation plastique, qui préside au travail de cicatrisation, peut s'opérer en quelques jours. Dans ce cas la saillie s'efface en peu de temps.

Si les plaques muqueuses sont abandonnées à elles-mêmes, le suintement persiste, l'irritation continue, il s'y forme des croûtes plus ou moins étendues, plus ou moins épaisses, et quelquefois la guérison est longue à se faire. Cependant, au bout d'un temps variable, l'irritation de la surface s'affaiblit, le suintement tarit, la plaque muqueuse s'affaisse, et la cicatrisation ne laisse plus qu'une tache d'un rouge, violacé d'abord, qui peu à peu disparaît. Mais lorsque les plaques muqueuses se sont montrées confluentes,

à la vulve par exemple, elles laissent des taches plus ou moins déprimées qui peuvent mettre très longtemps à s'effacer.

Traitement. — S'il est un symptôme syphilitique précoce qui réclame l'emploi du traitement mercuriel général, à coup sûr c'est la plaque muqueuse, parce qu'elle est l'indice le plus positif de l'empoisonnement constitutionnel, et s'il est permis d'hésiter devant une roséole fugace, il y aurait inconséquence à tarder encore lorsque la maladie est bien caractérisée et qu'elle a déjà pris une certaine extension.

Ce n'est pas que je prétende que les plaques muqueuses ne puissent disparaître sans mercure, j'en ai observé trop d'exemples pour ne pas l'admettre. Ainsi j'ai vu souvent en ville, à l'hôpital du Midi et principalement à Lourcine, des sujets jeunes être pris de maladies intercurrentes, pneumonies, fièvre typhoïde, érysipèle qui étaient un obstacle absolu au traitement spécifique, et chez lesquels, à l'époque de la convalescence, tous les symptômes syphilitiques avaient disparu et ne se sont jamais reproduits depuis. Ce sont là des cas exceptionnels auxquels il ne faut pas trop se fier.

Le mercure à l'intérieur peut suffire seul à faire disparaître la maladie, mais c'est à la condition que le traitement sera très-prolongé ; il faut donc aider la médication interne par des soins locaux. J'ai déjà insisté sur la propreté qui, ici, est indispensable. L'isolement des parties malades à l'aide de linge, de charpie ou seulement de poudre inerte est aussi une précaution excellente. S'il y a excès d'inflammation, les lotions émollientes, les bains, les applications opiacées seront indiquées.

Comme l'odeur que répandent les plaques muqueuses est insupportable au malade et aux personnes qui l'entourent, on s'est ingénié à la combattre par divers moyens. On a eu recours au chlore à l'état sec ou liquide, aux poudres désinfectantes de toute nature; mais leur action est de peu de durée : ce qui fait la mauvaise odeur, c'est l'abondance de la sécrétion, il est donc naturel de s'adresser à celle-ci. L'alun, le fer, le quinquina, le calomel, ont pu être employés avec succès. Pour moi, le modificateur par excellence, le résolutif le plus parfait, c'est le nitrate d'argent en solution concentrée s'il y a une grande surface à toucher, en crayon si elle est moindre et s'il y a intérêt à en limiter l'action. Le sel d'argent ne modifie pas seulement l'odeur, mais encore il est puissant contre la douleur. J'ai vu des malades affectés de plaques muqueuses des lèvres ou de la langue ne pouvoir parler un peu longtemps, chanter et mâcher les aliments qu'à la condition de cautérisations souvent répétées. Sans doute, celles-ci sont

PLANCHE LIX.

SYPHILIDE PAPULEUSE.

Fig. 1. — Syphilide généralisée suite de chancre induré. Roséole. Impétigo du cuir chevelu. Non encore traitée.

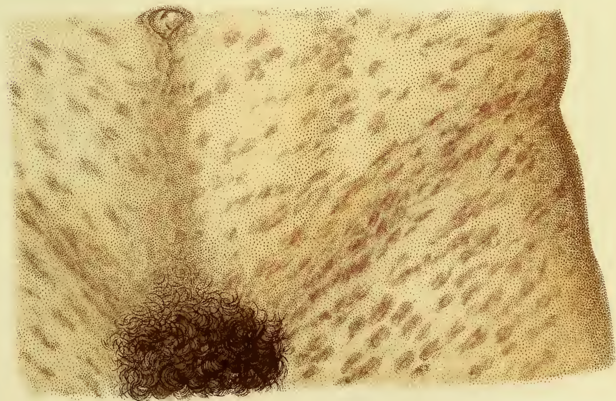
Fig. 2. — Même affection traitée par le mercure, et presque guérie. Il n'y a plus que les taches. Sans saillie papuleuse.



Pl. 59

Fig. 1.

Fig. 2.



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Davesne sc.

Imp. Geny Gros

pénibles, mais cette douleur-là n'est pas de longue durée, et le soulagement que le malade ressent de l'emploi de ce moyen le lui fait facilement supporter.

DES SYPHILIDES.

Syphylide papuleuse, lichen syphilitique. — Maladie caractérisée par une papule ou élevure sèche, arrondie, accompagnée de desquamation et disparaissant au bout d'un temps plus ou moins long, sans laisser de traces.

Parmi les anciens auteurs, il n'est guère peut-être que Jean Benedetti et Nicolas Massa qui aient indiqué l'existence de la syphilide papuleuse, sans pourtant la distinguer de la syphilide pustuleuse, qui était alors, en quelque sorte, le seul nom attaché à toutes les éruptions syphilitiques. La confusion régnait encore, il n'était pas question de classification. Swediaur lui-même, bien qu'écrivant beaucoup plus tard, dit à peine quelques mots de cette éruption dans son chapitre des affections syphilitiques de la peau; et encore le mot n'est pas prononcé. Pour Swediaur ce ne sont que des taches, *maculæ syphiliticæ*. Alibert ne parle pas non plus des papules, et pourtant il est facile de les reconnaître dans la description qu'il fait de la syphilide pustulante lenticulaire. C'est Carmichael qui le premier a décrit la syphilide papuleuse sous ce nom ; et depuis, tous les auteurs qui ont écrit sur la syphilis n'ont pas manqué d'indiquer l'éruption papuleuse. Je suivrai leur exemple, tout en faisant remarquer qu'on pourrait la décrire sous le nom de papules sèches, de papules cutanées, afin de démontrer de suite l'analogie qui existe entre cette éruption et les papules humides ou plaques muqueuses. La différence qui existe entre elles n'est qu'apparente, et cela est si vrai que toutes les fois que la papule se développe sur une surface qui tient autant de la peau que d'une muqueuse, à la commissure des lèvres, par exemple, cette papule ressemble autant à une papule sèche qu'à une plaque muqueuse. Je ne voulais pas entrer dans la description de la syphilide papuleuse, sans attirer l'attention sur l'analogie de deux éruptions qui ne sont décrites séparément qu'à cause de leur siége différent, la lésion anatomique restant la même.

Il existe trois variétés de papules sèches, les papules lenticulaires, les papules coniques et les papules miliaires. Les premières sont de beaucoup les plus fréquentes.

L'éruption papuleuse est un accident secondaire précoce; on

l'observe en même temps que la roséole et les plaques muqueuses. Il est rare que la papule paraisse plus tard, et pourtant on la rencontre quelquefois comme accident tardif, si bien que pour moyenne de son apparition après la contagion, M. Martins a donné vingt et un mois, M. Cazenave un an, Legendre six mois. M. Bassereau adopte cette dernière moyenne. Quant à moi, je considère la papule sèche comme un accident précoce encore, mais ne paraissant le plus ordinairement qu'après la poussée de la roséole ou des plaques muqueuses.

L'éruption papuleuse sèche est moins fréquente que l'éruption papuleuse humide. Cette dernière est en quelque sorte le cortége obligé de l'accident primitif. Il n'en est pas de même de la papule sèche qui manque souvent.

La papule sèche peut se montrer sur toute la surface du corps; son siége de prédilection est la partie antérieure du tronc où elle revêt quelquefois la forme confluente. Elle se développe aussi avec une fréquence presque égale sur les côtés de la poitrine et sur la partie supérieure des cuisses. Au front, l'éruption affecte la forme d'un demi-cercle constitué par des papules luisantes, plus ou moins rapprochées; c'est une des variétés de la couronne de Vénus. Au cuir chevelu, dans la barbe, les papules se confondent avec les pustules impétigineuses et, comme elles, se recouvrent de croûtes assez épaisses. On en rencontre rarement sur la face et sur les membres; mais on en observe dans la paume des mains, sous forme de petites élevures rouges ou cuivrées au niveau desquelles l'épiderme s'épaissit et se détache en squames épaisses qui ont fait considérer cette éruption comme une vraie syphilide cornée. Enfin au scrotum, on rencontre aussi des papules sèches; mais c'est rare, et de même que dans tous les points où la peau en contact avec elle-même est fine, délicate et se rapproche des muqueuses, c'est plutôt la papule humide ou plaque muqueuse qui se développe.

Les papules commencent par un engorgement des couches superficielles du derme. Cet engorgement se traduit à la surface de la peau par une élevure variable comme saillie et comme étendue, circulaire, le plus souvent de la grandeur d'une lentille; quelquefois elle n'est pas plus grosse qu'un grain de millet. La papule miliaire et la papule conique constituent le lichen syphilitique. Les papules se développent ordinairement au pourtour d'un follicule pileux; aussi sont-elles le plus souvent traversées par un poil qui tombe lorsque l'éruption touche à sa fin.

La coloration des papules est d'abord d'un rose pâle, ensuite d'un rouge sombre; elle passe enfin au rouge cuivré. Cette der-

Pl. 60.



Picart sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp Geny-Gros

PLANCHE LX.

SYPHILIDE PAPULEUSE.

Syphilide papuleuse avec squames, principalement sur le dos.

Antécédents. — Chancre induré. Plaques muqueuses déjà traitées par une préparation mercurielle.



nière couleur de la papule n'arrive pas toujours ainsi par gradation, elle est quelquefois la couleur du début. Lorsque la figure. ce qui est très-rare du reste, se trouve envahie par la syphilide papuleuse, elle prend un aspect réellement caractéristique qu'il suffit d'avoir vu une fois pour ne pas l'oublier, et cela surtout lorsque les papules sont conférentes, car alors la face est légèrement boursouflée, luisante, d'un rouge variant du foncé au cuivré. Son aspect ressemble assez à celui qu'elle offre vers la fin d'un eczéma.

Sous la pression du doigt, la coloration du début disparaît, mais lorsque la papule est franchement constituée, lorsqu'elle est arrivée à la seconde phase de son évolution, la coloration persiste malgré la pression la plus énergique.

Quelque temps après son apparition, la papule se modifie, l'épiderme s'épaissit, se rompt et laisse à nu l'élevure entourée d'un liséré, quelquefois même d'une collerette d'épiderme à festons plus ou moins nettement découpés. Lorsque la desquamation est terminée, la papule s'affaisse, perd peu à peu sa couleur caractéristique, il ne reste bientôt plus qu'une tache brunâtre qui finit par disparaître. Quelquefois cette tache est accompagnée d'une légère dépression qui met un peu plus longtemps à s'effacer.

La syphilide papuleuse est le plus souvent accompagnée de phénomènes généraux; ainsi il n'est pas rare de voir cette éruption coïncider avec un mouvement fébrile qui présente tous les caractères de la périodicité. En même temps que cette fièvre syphilitique, paraissent des douleurs plus ou moins intenses dans les jointures, de l'insomnie, de l'affaiblissement dans les membres, des palpitations de cœur, du souffle dans les carotides, des bourdonnements d'oreilles et de la céphalalgie; tous les phénomènes enfin que nous avons signalés comme appartenant à la période secondaire précoce, y compris l'engorgement des ganglions qui se trouvent en rapport avec la région atteinte par l'éruption papuleuse, engorgement ganglionnaire indolore comme l'éruption qui l'a produit.

Les papules syphilitiques ne peuvent guère être confondues qu'avec la syphilide tuberculeuse et l'acne indurata; l'erythème papuleux dans la dernière période a bien aussi de l'analogie avec elles, mais il est très-facile de l'en différencier.

Et d'abord quels sont les signes distinctifs de la papule et du tubercule syphilitiques? L'élevure du tubercule est plus marquée que celle de la papule; sa desquamation est aussi plus abondante; l'engorgement des tissus est plus nette dans le tubercule



Davesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE LXI.

SYPHILIDE PAPULEUSE.

Syphilide papuleuse (lichen syphilitique) sur les flancs et sur le bras surtout. Les papules sont confondues, et dans les endroits où elles sont très-confluentes, il y a une sorte de suppuration.

Antécédents. — Chancre induré. Roséole. Plaques muqueuses du pharynx. Traité mercuriellement.

que dans la papule. Enfin l'éruption papuleuse est précoce, tandis que l'éruption tuberculeuse est tardive. Les papules ne s'ulcèrent jamais ; les tubercules s'ulcèrent souvent.

L'*acne indurata* présente quelque ressemblance avec la syphilide papuleuse; il est cependant difficile de les confondre, car le siége, les phases d'évolution, la marche et la terminaison des deux éruptions éclairent suffisamment le diagnostic. La syphilide papuleuse existe sur tout le corps, l'*acne indurata* siége particulièrement dans le dos. La forme de l'élevure n'est plus la même, la coloration diffère également; l'acné laisse des cicatrices irrégulières; la papule se termine par des taches circulaires sur lesquelles il est facile de constater que les points papuleux de la peau, d'abord hypertrophiés, diminuent peu à peu de volume, s'atrophient et laissent une dépression qui peut en imposer pour une cicatrice, mais dépression qui disparaît graduellement à mesure que la guérison s'opère et qui finit par ne laisser aucune trace. Voilà bien des signes distinctifs. Cependant si le praticien peu habitué à ces genres d'éruption ne les trouvait pas suffisants, il s'aiderait des antécédents et des éruptions concomitantes qui manquent rarement dans la syphilide papuleuse.

Quant à l'érythème papuleux que j'ai indiqué comme pouvant être confondu avec la papule, ce n'est qu'à sa dernière période qu'il pourrait l'être, et encore la confusion serait-elle le résultat d'une grande inattention. La forme et les phases d'évolution des deux éruptions permettent toujours de les distinguer.

La syphilide papuleuse n'est grave que parce qu'elle est la preuve que la vérole n'a pas été éteinte après sa première poussée de roséole ou de plaques muqueuses; mais par elle-même elle ne l'est réellement pas, puisqu'elle n'est pas suivie d'ulcération et qu'elle ne laisse après elle aucun stigmate, aucune cicatrice indélébile.

La syphilide papuleuse est un accident assez précoce, puisqu'on la rencontre quelquefois sur toute la surface du corps, en même temps que l'érythème et les papules humides, ou les suivant de près. Il n'est pas rare non plus, dans certaines syphilis à marche rapide, de la trouver au milieu de pustules nombreuses, car souvent la papule dure assez longtemps pour exister encore, lorsque se montrent les accidents tardifs de la période secondaire.

La syphilide papuleuse, une fois guérie, peut récidiver plus ou moins longtemps après la disparition de l'éruption. Quand cela a lieu, elle parcourt les mêmes phases d'évolution. C'est sans doute après l'avoir observée en récidive, que l'on a voulu prétendre

qu'elle constituait un accident tardif, ou bien lorsque, comme c'est fréquent dans les syphilides, plusieurs lésions de périodes différentes se trouvent réunies sur le même malade.

Syphilide pustuleuse. — Une pustule est une élevure plus ou moins saillante, arrondie, à bords enflammés, qui se remplit de pus, se couvre de croûtes plus ou moins épaisses et laisse des cicatrices.

La syphilide pustuleuse constitue un des accidents secondaires les plus importants. Les auteurs du xv[e] et du xvi[e] siècle l'ont étudiée avec attention et l'ont décrite avec une sorte de complaisance qui leur a fait adopter une classification vicieuse. C'est ainsi qu'ils ont fait rentrer dans les pustules les squames et les plaques muqueuses ulcérées; ils admettaient des pustules *cum cortice et sine cortice; pustulæ crustosæ, ostracosæ, corrosivæ, ambulativæ.*

Willan devait renverser cette classification, dont les bases ne pouvaient être solidement établies encore. Il admet la syphilide pustuleuse lenticulaire, acnoïde, impétigineuse, ecthymateuse. Je ne crois pas que la pustule lenticulaire qu'il décrit soit réellement une pustule; je suis plutôt disposé à la rattacher aux papules dont elle formerait une variété. Alibert décrivait aussi parmi les pustules la syphilide crustacée, qui n'est pas une variété à part, mais seulement l'exagération de la sécrétion purulente avec formation de croûtes plus épaisses et plus étendues des pustules de l'impétigo ou de l'ecthyma.

Lorsque la vérole envahit l'Europe, c'est-à-dire aux premiers temps de ses ravages, les syphilides pustuleuses étaient communes et graves. A lire les auteurs de l'époque, on dirait que la pustule est la manifestation secondaire par excellence; ils en font un tableau vraiment effrayant. Mais quand ils les comparent aux chancres phagédéniques eux mêmes, je suis porté à croire que le plus souvent ils confondaient tous ces accidents entre eux. Il n'en est pas moins vrai qu'il reste de leur lecture cette impression que la forme pustuleuse syphilitique a dû être beaucoup plus terrible alors qu'elle ne l'est actuellement. Il en était, du reste, de même de tous les accidents de la syphilis.

Les syphilides pustuleuses peuvent se développer sur tout le corps; c'est ainsi qu'on les voit quelquefois, mais rarement aux bras, à la poitrine, à la face. Leur siége de prédilection est la partie inférieure du tronc. Chez la femme, j'en ai vu plusieurs fois à la face interne des cuisses et au col de l'utérus, sous forme d'ecthyma.

Les pustules syphilitiques peuvent être isolées ou confluentes.

PLANCHE LXII.

SYPHILIDE PUSTULEUSE.

Ecthyma de la jambe et ulcération des pustules. Plusieurs antécédents syphilitiques déjà traités par le mercure. La peau du reste du corps assez saine.





Annedouche sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

Quelquefois elles sont conférentes, c'est-à-dire que deux ou trois ou un plus grand nombre se touchent par leurs bords et constituent une pustule beaucoup plus étendue que les autres.

On doit distinguer trois espèces de pustules, l'ecthyma, l'impétigo et l'acné.

L'ecthyma syphilitique est l'éruption pustuleuse la plus commune; l'acné vient en seconde ligne par ordre de fréquence; enfin l'impétigo. Relativement aux deux autres, cette éruption syphilitique est rare. Si ce n'est chez l'enfant et chez quelques adultes lymphatiques et à peau blanche, chez lesquels, au contraire, elle est fréquente.

Il n'est pas rare de voir ces trois variétés de pustules se développer à la fois sur le même individu; mais en général l'ecthyma est un accident plus tardif que l'acné et l'impétigo. Il peut arriver aussi que la forme pustuleuse existe en même temps que les formes érythémateuse et papuleuse.

Quels sont les signes qui permettent de reconnaître les trois espèces de pustules syphilitiques?

L'ecthyma syphilitique s'observe le plus souvent aux membres inférieurs; c'est son siége de prédilection. Les pustules peuvent être isolées ou confluentes; quelquefois elles se développent en groupes et sont toujours accompagnées d'une ulcération plus ou moins profonde, plus ou moins étendue; suivant qu'elles intéressent le derme.

L'ecthyma superficiel commence par une injection du derme qui se manifeste par une élevure rouge, papuleuse d'abord, légèrement saillante; mais bientôt l'épiderme se soulève, et il se forme une petite ampoule remplie de sérosité qui, d'abord limpide, ne tarde pas à devenir purulente. L'ampoule s'élargit alors, s'arrondit; elle est entourée d'une aréole inflammatoire. La pustule est constituée. Elle reste saillante plus ou moins longtemps. Son volume varie beaucoup : tantôt elle est grosse comme une tête d'épingle; tantôt, et c'est le cas ordinaire, elle est grosse comme une noisette. Sa coloration est d'un blanc jaunâtre.

Lorsque l'épiderme vient à se rompre, le pus fait issue au dehors et se concrète. Les croûtes qui se ferment alors sont jaunes, plus ou moins épaisses, inégales. Quelquefois plusieurs de ces croûtes se superposent. Quand on ne les enlève pas, elles tombent lorsque l'ulcération sous-jacente se cicatrise. Mais si, au lieu de laisser ces croûtes en place, on les enlève, on trouve une ulcération, à bords légèrement décollés. Cette ulcération, pansée avec soin, guérit vite, mais laisse après elle une tache cicatricielle.

L'ecthyma profond débute comme l'ecthyma superficiel par un

engorgement des couches du derme; seulement dans ce dernier cas le derme est intéressé plus profondément. Mais l'évolution de la pustule s'opère de la même manière. Cependant la collection purulente est plus étendue, sa base est plus manifestement engorgée, et ses bords sont d'un rouge ordinairement plus foncé. L'ampoule purulente est alors quelquefois très-large; et quand elle se rompt, elle donne issue à une quantité de pus souvent assez grande pour former des croûtes plus étendues que la place occupée par l'ampoule. Ces croûtes se renouvellent, se superposent de manière à former un cône dont la base serait constituée par la plus large et la plus récente, et dont le sommet serait formé par la croûte la plus petite et la plus ancienne. Dans ces conditions, les croûtes des pustules ont la forme et l'aspect des croûtes du rupia.

Sous ces croûtes se cache une ulcération ordinairement profonde, à bords nets, taillés à pic, décollés, à fond rougeâtre et laissant suinter un liquide sanio-purulent. Cette ulcération doit être pansée avec soin et méthodiquement pour que la cicatrisation puisse s'en effectuer; sans cela la plaie dure longtemps par suite de la reproduction incessante des croûtes sous lesquelles l'ulcération récupère ses forces en quelque sorte.

Quand la plaie est guérie, elle laisse des traces indélébiles, blanches, surtout si elles sont anciennes, ordinairement lisses, souvent aussi comme striées.

Dans quelques cas, l'ecthyma, qu'il soit superficiel ou profond, est accompagné de réaction générale; le malade se plaint de malaise, de céphalalgie, de douleurs dans les membres; ces douleurs ont plus souvent lieu la nuit que le jour; elles sont accompagnées d'un mouvement fébrile variable comme intensité et comme durée.

L'ecthyma syphilitique paraît le plus souvent à la fin de la période secondaire; c'est une manifestation de transition entre la période secondaire et la période tertiaire. Il est très-rare d'observer l'ecthyma en même temps que l'érythème et la papule, tandis qu'il est fréquent de le voir précéder ou se développer à côté des tubercules.

L'ecthyma syphilitique dure longtemps, deux, trois mois, quelquefois plus, malgré les soins les plus rationnels.

C'est une éruption tenace, difficile à vaincre. Lorsqu'une pustule est guérie, une autre, se forme, et ainsi de suite, d'une manière lente et en suivant une marche essentiellement chronique.

L'ecthyma est donc grave par sa ténacité même, par sa durée, par les ulcérations qui l'accompagnent et les cicatrices qui les



Picart sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. [illegible]

PLANCHE LXIII.

SYPHILIDE PUSTULEUSE.

Syphilide pustuleuse à forme impétigineuse, surtout à la partie supérieure du cou et dans le cuir chevelu. Non encore traitée.



suivent. Enfin l'ecthyma est grave comme avant-coureur fréquent des accidents tertiaires.

L'*impétigo syphilitique* s'observe moins souvent que l'ecthyma; son siége de prédilection est la face; il se développe fréquemment aussi sur le cuir chevelu, quelquefois au scrotum. Les pustules de cette éruption sont tantôt isolées, tantôt confluentes. Leur évolution n'est facile à suivre que sur la face; partout où il existe des poils, à la barbe, à la tête, il est très-difficile de bien étudier les diverses phases par lesquelles elles passent, on n'en peut constater que le produit, c'est-à-dire les croûtes.

On distingue deux variétés d'impétigo, l'impétigo à base élevée et l'impétigo sans saillie de la base.

Dans les deux cas, l'évolution de la pustule est la même. D'abord un léger engorgement du derme qui se manifeste par une élevure plus ou moins saillante. L'épiderme se soulève, mais au lieu d'être une grosse pustule, arrondie comme celle de l'ecthyma, c'est une pustule ordinairement aplatie. L'ampoule renferme d'abord de la sérosité et bientôt du pus; elle est bientôt entourée d'un liséré plus ou moins rouge, résultat de l'injection périphérique du derme.

Quand l'ampoule se rompt, il en sort un pus de couleur jaune, jaune verdâtre qui en se concrétant forme des croûtes épaisses de même coloration que le pus qui les a formées.

Quand la base de la pustule est élevée, la croûte est moins étendue que dans le cas où cette base est peu saillante, car alors l'ulcération sous-jacente est toujours plus large et plus profonde; la croûte s'y trouve comme enchâssée. Dans l'impétigo à base élevée, la croûte, alors très mince, ne recouvre le plus souvent qu'une ulcération légère, qui guérit vite, et dont la base est comme entourée d'une collerette squameuse. Le centre de la croûte a disparu; il ne reste plus que les bords qui sont encore adhérents à la base de la pustule.

Au cuir chevelu et dans la barbe, les croûtes sont traversées par des poils qui les retiennent solidement fixées.

L'ulcération de l'impétigo guérit plus ou moins vite suivant son étendue et sa profondeur; elle laisse des cicatrices quelquefois légèrement déprimées et indélébiles, quelquefois sans dépression et d'une durée variable.

L'acné syphilitique est ordinairement caractérisée par des pustules disséminées, qui n'ont pas les mêmes caractères que celles de l'ecthyma et de l'impétigo. Ce ne sont plus des ampoules qui se forment; mais une élevure, qui au lieu de garder le même niveau dans toute son étendue, prend une forme légèrement conique,

rouge d'abord ; ce n'est qu'au bout de quelques jours que le sommet devient d'un blanc jaunâtre, aspect qu'il doit à la formation du pus. L'épiderme se rompt, et le pus se concrète sous forme de petite croûte qui laisse sous elle un pertuis peu profond, une espèce de petite cupule autour de laquelle l'épiderme se soulève peu à peu en se desséchant et forme de minces lamelles qu'on serait disposé à prendre pour les débris d'une éruption papuleuse, si ordinairement ne se produisaient pas sur d'autres régions de nouvelles poussées d'acné syphilitique.

Le diagnostic des syphilides pustuleuses est quelquefois difficile ; ce n'est pas que l'on puisse les confondre entre elles ; leurs caractères distinctifs suffit à les faire reconnaître ; il n'y a pas à y revenir ; mais la confusion peut exister, lorsqu'il s'agit de distinguer les pustules syphilitiques de celles qui se développent sous une influence autre que la syphilis.

L'ecthyma syphilitique peut être confondu avec l'ecthyma simple. Mais le siége n'est pas le même ; le premier se développe ordinairement aux membres inférieurs ; le second se rencontre plutôt sur les membres supérieurs. L'ecthyma simple dure moins longtemps que l'ecthyma syphilitique. Enfin ce dernier est toujours précédé ou accompagné d'accidents syphilitiques plus ou moins nets.

Il est plus facile de confondre l'ecthyma syphilitique et l'ecthyma cachectique. Sans doute le liséré qui entoure la pustule cachectique est d'un rouge sombre, violacé, tandis que celui de la pustule syphilitique est plutôt d'un rouge cuivré. Mais ce signe ne suffirait pas si les antécédents ne venaient pas éclairer le diagnostic d'une lumière plus vive. Au reste, dans la cachexie syphilitique, les pustules présentent un caractère tellement identique aux autres, l'aspect général de la constitution offre tant de ressemblance, qu'il peut être très-difficile de se prononcer tout d'abord et que quelquefois on n'établit la différence de nature de l'éruption que par les modifications qu'apporte le traitement.

On ne confondra pas les pustules de l'ecthyma syphilitique avec celles de la variole. Celle-ci est une fièvre éruptive, ses pustules sont ombiliquées. L'ecthyma syphilitique est la manifestation d'une diathèse, ses pustules ne sont jamais ombiliquées. Si par hasard il existait au début de l'ecthyma un mouvement fébrile marqué et que l'on fût ainsi induit en erreur, l'erreur durerait à peine quelques jours, l'évolution de la pustule viendrait vite en faire justice.

L'acné syphilitique est quelquefois difficile à distinguer de l'acné vulgaire. Il existe pourtant quelques caractères distinctifs.

Ainsi l'acné syphilitique siége de préférence aux membres inférieurs; l'acné vulgaire occupe ordinairement la face, le dos, la partie supérieure du tronc.

Après la chute des croûtes, la base de l'acné syphilitique prend une coloration cuivrée; il n'en est pas de même de l'acné vulgaire. D'ailleurs l'acné syphilitique est toujours accompagnée ou précédée d'autres éruptions qui ne permettent plus de douter qu'il s'agit d'une manifestation constitutionnelle.

L'impétigo syphilitique peut être confondu avec l'impétigo vulgaire, malgré la coloration cuivrée de sa base. La confusion est encore plus facile lorsque l'éruption a son siége dans la barbe ou dans les cheveux; aussi devra-t-on rechercher avec soin s'il n'a pas existé ou s'il n'existe pas encore d'autres éruptions syphilitiques, sous lesquelles le diagnostic peut rester douteux. D'ailleurs chez l'adulte l'impétigo simple est on ne peut plus rare sur le cuir chevelu, tandis que c'est à peu près le seul point sur lequel il se développe sous l'influence de la vérole; c'est une des premières manifestations secondaires qui accompagnent l'éruption de la roséole ou des plaques muqueuses. L'impétigo syphilitique détermine toujours l'engorgement indolent des ganglions cervicaux, tandis que ceux-ci restent intacts lorsque les croûtes sont de nature simple non spécifique.

Les syphilides pustuleuses ont une marche lente, essentiellement chronique. Lorsque les pustules guérissent en un point, il s'en reproduit d'autres un peu plus loin, et l'éruption pustuleuse peut durer ainsi plusieurs mois, malgré le traitement et à plus forte raison si celui-ci est négligé; dans ces conditions on l'a vue durer plus d'une année. C'est une éruption tenace; elle se présente tantôt comme manifestation précoce, impétigo ou acné, tantôt comme manifestation tardive des accidents secondaires, ecthyma.

Si les deux premières formes sont légères, la syphilide ecthymateuse est une éruption grave, de longue durée, elle est presque toujours accompagnée d'ulcérations plus ou moins profondes; elle récidive souvent. Si elle n'est pas soumise à un traitement énergique et méthodique, ses manifestations durent plus longtemps et prennent un caractère plus marqué d'intensité.

Syphilide vésiculeuse. — La syphilide vésiculeuse est caractérisée par de petites ampoules séreuses dont le contenu peut rester clair et transparent jusqu'à la dessiccation, mais qui souvent aussi se trouble et devient tout à fait purulent comme dans les cas de pustules. C'est cette transformation qui fait de l'herpès syphilitique une variété de l'ecthyma ou de l'impétigo, et qui m'en-

Pl. 64.



Lagesse sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE LXIV.

SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

Syphilide vésiculeuse disséminée sur la face, le cou, la poitrine et les bras.

Antécédents. — Chancre induré dont l'adénopathie subsiste encore. Roséole non traitée par le mercure.



gage à le décrire à la suite de la syphilide pustuleuse, bien qu'il soit infiniment moins grave qu'elle.

La syphilide vésiculeuse est rare; tellement même que beaucoup de praticiens n'ont jamais eu occasion de l'observer, et que l'on a pu en nier l'existence, probablement parce qu'on l'a confondue avec d'autres éruptions. Elle se présente sous diverses formes, tantôt ressemblant à l'eczéma simple, avec des vésicules réunis en groupes ou desséminés, dont le liquide s'échappe sous l'apparence de rosée, ou semble se résorber graduellement, ou bien encore disparaît sans qu'on n'ait vu autre chose qu'une légère desquamation due aux débris de la poche vésiculeuse; tantôt le liquide contenu dans les vésicules se trouble, jaunit et forme des croûtes qui ressemblent tout à fait à celles de l'eczéma impétigineux vulgaire. Enfin, c'est sous forme d'herpès que se présente la syphilide vésiculeuse, herpès simple, sans configuration particulière, herpès circiné en anneau, en guirlande. Lorsque les vésicules prennent un grand volume, la maladie ressemble tout à fait alors à l'herpès phlycténoïde.

On a aussi admis une vésicule syphilitique à base papuleuse, mais ce n'est pas une variété, c'est seulement un exemple de polymorphie, comme cela est si fréquent dans les éruptions syphilitiques. Des vésicules peuvent aussi bien se développer sur un tubercule, et j'ai deux ou trois fois été témoin de l'apparition de vésicules herpétiques vers la fin de la roséole et sur les parties de la peau atteintes par l'érythème.

La syphilide, sous quelque forme qu'elle se présente, a une marche essentiellement chronique. En général, elle est indolente, et si parfois les points qu'elle occupe sont douloureux, c'est lorsqu'elle est fine et délicate, et si elle est le siége de frottements, de tiraillements comme au scrotum ou au niveau des articulations. C'est aussi lorsque la peau est irritée par la malpropreté ou des applications thérapeutiques intempestives.

Le diagnostic de la syphilide vésiculeuse n'est pas toujours facile, car elle peut très bien être confondue avec l'eczéma ou avec l'herpès vulgaire. En effet, ce n'est guère qu'à l'auréole cuivrée qui entourent les vésicules qu'on peut reconnaître la nature de l'éruption, et si cette coloration n'est pas très accentuée, on est bien excusable de la laisser passer inaperçue. Et si l'on n'avait pas connaissance des antécédents d'un malade non sujet précédemment aux affections cutanées; si l'on ne pouvait pas s'éclairer de la concomitance d'autres symptômes syphilitiques actuellement existants, ce qui, on peut le dire, est constant dans la syphilide vésiculeuse, il est bien certain que l'on serait, dans le

plus grand nombre des cas, fort embarrassé pour reconnaître le caractère spécifique de la maladie.

Il n'y a pas grand inconvénient à ne pas reconnaître la syphilide vésiculeuse, parce que par elle-même elle n'offre pas de gravité, la résolution étant sa terminaison la plus ordinaire. Elle n'a que l'inconvénient d'une longue durée, ce qui, à la vérité, est bien quelque chose lorsque l'éruption occupe la face ou les parties de la peau habituellement découvertes; mais il est rare qu'elle laisse des stygmates comme ceux de la syphilide pustuleuse, à moins que, comme j'ai dit que cela pourrait arriver, les vésicules, prenant une grande dimension, se couvrent de croûtes au-dessous desquelles il se produit une ulcération dont la cicatrice sera indélébile, comme celles que j'ai signalées en parlant de l'ecthyma.

Syphilide bulleuse. — La syphilide bulleuse est caractérisée par des soulèvements de l'épiderme formé par un liquide séreux ou séro-purulent, et désignés sous le nom de *bulles*. Celles-ci ne se distinguent des vésicules que par une base plus large et un volume plus considérable.

La syphilide bulleuse se présente sous la forme de deux espèces bien différentes comme fréquence, comme marche, et surtout comme terminaison, le pemphigus et le rupia. Le premier, affection subaiguë, passagère; le second, maladie essentiellement chronique; l'un aussi rare que l'autre est fréquent. Le pemphigus pouvait se rencontrer en même temps que les syphilides précoces, le rupia étant au contraire l'un des attributs de la période secondaire tardive.

Le pemphigus aigu vulgaire, qui est chez l'adulte une dermatose fort rarement observée, est pour ainsi dire exceptionnelle comme manifestation syphilitique, et il n'y en a dans la science qu'un nombre très restreint. Le docteur Bassereau en a donné une observation dans son ouvrage. M. Ricord en a fait représenter un beau type dans une des planches de son iconographie. Le dessin en a été pris sur une jeune fille d'une vingtaine d'années, dans mon service à l'hôpital de Lourcine. J'en ai vu un cas très fugace dans mes salles au Midi, il y a quelques années. Je ne l'ai jamais rencontré sur les malades en ville.

Dans les faits que je viens de rappeler, dans ceux qui ont été cités par Vidal, par Melchior Robert, il y a ceci de remarquable, à savoir, que chez tous les malades les bulles pemphigoïdes se sont manifestées en même temps que des symptômes secondaires précoces, et je dirai même que c'est seulement la présence de ces symptômes concomitants qui fait assigner au pemphigus sa nature spécifique. Après cela, il n'y a pas à s'étonner que l'af-

fection dont nous nous occupons ait été rejetée par quelques auteurs hors du cadre des manifestations syphilitiques. On sait que M. Bazin l'en exclut complétement et la considère comme sous la dépendance de l'arthritis.

Quoi qu'il en soit, voici comment la maladie se présente : le sujet éprouve quelques démangeaisons, quelques picotements dans le lieu qui va être le siége de l'éruption, la peau devient rouge par plaques. Sur cette rougeur on voit paraître un point blanchâtre qui s'étale, l'épiderme se soulève, il se fait un épanchement séreux, et si on le respecte la bulle se produit exactement semblable à celle d'une brûlure, ou mieux de l'application d'un emplâtre vésicant. Cette bulle, quelquefois unique, plus souvent multiple, se déchire en peu de jours, la sérosité s'en échappe, et à sa place on n'aperçoit plus qu'une surface d'un rouge livide recouverte par une sorte de desquamation résultant de la rupture de la poche séreuse.

Chez l'enfant naissant le pemphigus est fréquent. Kraus, qui en a donné une description exacte sous le nom de *pemphigus neonatorum*, ne le considère pas comme un symptôme de syphilis héréditaire. Alibert dit que le pemphigus syphilitique est une affection rare qui se rencontre chez les adultes d'un tempérament irritable et chez les enfants nés de parents contaminés. Cette dernière opinion a été soutenue par M. Dubois et M. Depaul, qui l'ont fait accepter par quelques auteurs modernes, entre autres par M. Cazenave. De nombreuses et remarquables discussions ont eu lieu à ce sujet, mais il n'en a pas jailli une lumière bien grande, et les signes pathognomoniques du pemphigus syphilitique n'en sont pas plus certains.

J'ai beaucoup étudié cette question pendant les dix années que j'ai passées à l'hôpital de Lourcine, et voici ce que j'en puis dire : je n'ai jamais observé le pemphigus syphilitique des nouveau-nés chez les enfants des femmes dont j'ai pu suivre la syphilis avant ou pendant la grossesse, bien que les accidents vénériens se développassent plus tard chez eux au terme ordinaire, c'est-à-dire vers deux ou trois mois après la naissance ; tandis qu'au contraire j'ai vu assez souvent le pemphigus sur des enfants de femmes assurant n'avoir jamais eu de maladies vénériennes et chez lesquelles il était impossible d'en constater la moindre trace. Si le pemphigus se lie à la vérole héréditaire, il faut reconnaître qu'il se comporte autrement que les autres manifestations du même ordre, puisque c'est toujours à l'instant même de la naissance et sur des enfants chétifs qu'on l'observe, alors que l'on voit les symptômes ordinaires et non douteux de la syphilis héréditaire ne



E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

PLANCHE LXV.

SYPHILIDE BULLEUSE.

Rupia de la face et de la poitrine. Six semaines de date. Antécédents syphilitiques secondaires nombreux.

Traitements mercuriels répétés.

---

paraître qu'à l'âge de deux ou trois mois, et lorsque les enfants venus au monde bien portants et bien constitués avaient conservé jusque-là la plus belle apparence de santé. Je ne connais à cette règle qu'une seule exception. Elle est due à M. Galligo (de Florence), qui aurait vu le pemphigus se développer sur un enfant d'un mois.

Je ne me suis pas borné à observer les enfants nés avec du pemphigus dans mon service, j'en ai examiné un bon nombre d'autres, tant à la Maternité qu'à l'hospice des Enfants trouvés. J'ai pu interroger les mères, et si quelques-unes avaient eu antérieurement des symptômes non équivoques de syphilis, la plupart en étaient indemnes. Mais presque constamment j'ai pu me convaincre que pendant leur grossesse ces femmes avaient eu à pâtir, soit moralement, soit physiquement.

Le pemphigus qui se développe chez l'adulte en même temps que d'autres symptômes syphilitiques, est toujours une affection bénigne. Pourquoi celui des enfants serait-il si grave, s'il reconnaissait le même principe? En effet, presque tous ces petits êtres, dont la plupart ne sont même pas à terme, meurent promptement, quoi qu'on fasse, ce qui n'a pas lieu pour ceux chez lesquels la vérole héréditaire se fait voir à l'époque normale, bien qu'avec des symptômes alarmants, mais qu'on voit souvent céder à un traitement régulier.

Un des arguments invoqués par les praticiens qui voient dans le pemphigus des nouveau-nés un symptôme de syphilis, c'est l'ulcération qui suit souvent la rupture des bulles ; mais on sait avec quelle facilité la peau, pour peu qu'elle soit enflammée, s'ulcère et se gangrène chez les enfants chétifs, et quelles précautions il faut prendre pour éviter cette tendance, qui est incapable par elle-même de dénoncer même une probabilité sur la nature du mal.

La seconde variété de la syphilide bulleuse a reçu le nom de *rupia*. Elle est beaucoup plus fréquente que le pemphigus, et si ce dernier se voit bien plus souvent chez les tout jeunes enfants que chez les adultes, ici le contraire a lieu, et pour mon compte il me serait impossible d'en citer un seul exemple sur les enfants syphilitiques qu'il m'a été donné d'observer.

Quoique ayant une durée longue et une marche chronique, il est rare que l'on puisse observer toutes les phases du rupia et sa première période ; celle où il est encore à l'état bulleux passe le plus ordinairement inaperçue. Ce n'est guère que lorsque l'ampoule est rompue et que déjà des croûtes se sont formées que la maladie se reconnaît. Cependant la peau a été d'un rouge sombre,

une nouvelle douleur s'y fait sentir; l'épiderme est soulevé par de la sérosité, et il résulte des bulles, mais des bulles qui, en général, ne prennent pas un grand accroissement, qui restent plates, et dont le contenu séreux, séro-sanguinolent, séro-purulent, forme promptement des croûtes très caractéristiques dont la vue seule suffit à faire reconnaître à quelle maladie on a affaire. Ces croûtes, d'abord jaunâtres, deviennent assez rapidement de couleur verte qui se fonce de plus en plus. Elles offrent des couches superposées rondes et surtout coniques, qu'on a comparées avec juste raison à des écailles d'huître, et où l'on reconnaît la désignation que les auteurs anciens en ont faite sous le nom de *pustulæ*, *ostracosæ*, *ostreosæ*.

La base de ces croûtes rugueuses et inégales est entourée d'un cercle rouge cuivré de la peau, et si on les observe après un temps même assez court de leur existence, on constate qu'elles recouvrent une ulcération variable en largeur comme en profondeur, ulcération qui contient du pus qu'il est facile de faire sourdre sous la croûte quand on presse celle-ci avec force.

Le rupia s'observe sur tous les points du corps, mais on peut dire que son siége de préférence est aux membres inférieurs. Les bulles varient en nombre; il est rare de n'en rencontrer qu'une seule. L'existence d'une seule croûte ne prouve pas que la bulle a été unique; mais cela tient souvent à ce que plusieurs, voisines les unes des autres, se sont réunies, et, par leur sécrétion, ont formé une sorte de carapace d'un diamètre de plusieurs centimètres. Dans ce cas-là, l'ulcération est énorme comme la croûte qui la recouvre. L'incurie des malades, le peu de soin qu'ils ont mis ou que l'on a mis à les soigner est souvent la seule cause de ce résultat.

Après quelque temps d'existence, les croûtes du rupia tombent seules, poussées qu'elles sont par l'abondance de la suppuration, et elles laissent à nu une ulcération grisâtre qui ne tarde pas à se recouvrir de nouvelles concrétions de même forme, de même aspect, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'un traitement régulier ait été institué. Mais alors la croûte se reproduit de moins en moins épaisse, et au-dessous d'elle l'ulcération prend un meilleur aspect. De fongueuse qu'elle était, elle devient vermeille; sa surface se couvre de bourgeons charnus de bonne nature qui en diminue la profondeur, et la cicatrice commence, soit par îlots, soit de la circonférence au centre. Toutefois, il est rare qu'elle se fasse tout d'une venue, et fréquemment, lorsqu'on est en droit d'espérer qu'elle va continuer partout, quelques points ulcérés restent suppurants, et de nouvelles croûtes se forment encore.

PLANCHE LXVI.

SYPHILIDE BULLEUSE.

Rupia généralisé. Cicatrices de tubercules. Malade mort à Saint-Louis avec une atrophie considérable de la rate précédée d'hypertrophie Manifestations syphilitiques multiples. Traitements mercuriels nombreux. Iodure de potassium.



Lebrun sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Gény

Bi
gaire
parti
les s
la ge
cule
cett
çan
en
d'a
con

di
qu
lo
à
c
s

Bien que le rupia syphilitique ressemble beaucoup au rupia vulgaire, le diagnostic en est le plus souvent facile, et par la teinte particulière de sa base, et par les antécédents syphilitiques, ou les symptômes qui lui font cortége, telles que des ulcérations de la gorge, des traces de papules, de pustules cutanées ou de tubercules, comme on pourra le voir dans une des planches types de cette affection, quelquefois même un accident tertiaire commençant, albuginite, gommes ou périostoses. Et comme le rupia est, en général, l'indice d'une mauvaise constitution, il n'est pas rare d'apprendre du malade que l'accident primitif qu'il a eu s'est compliqué d'un phagédénisme.

Le pronostic est grave par les circonstances que je viens d'indiquer de l'état général, par la suppuration quelquefois abondante qui augmente encore l'appauvrissement constitutionnel, par la longueur de la maladie, par la difficulté que l'on rencontre souvent à faire supporter par des organes fatigués le traitement qui serait convenable, enfin par les stygmates indélébiles qui seront la conséquence du mal actuel. Les ulcérations du rupia laissent en effet des traces très reconnaissables, cicatrices d'autant plus blanches que la maladie sera ancienne, radiées au centre, planes dans le reste de leur étendue, s'amincissant et se perdant peu à peu sur la peau voisine et non pas par une dépression brusque qui rappelle celle des ulcérations taillées à pic, comme on l'écrit presque partout, ce qui prouve, pour le dire en passant, que l'on a souvent confondu les cicatrices de l'ecthyma avec celles des tubercules.

Syphilide tuberculeuse. — Cette éruption est constituée par des boutons plus ou moins saillants, durs, arrondis, ayant une tendance manifeste à l'ulcération et laissant des cicatrices indélébiles.

Les tubercules syphilitiques sont tantôt disséminés, tantôt réunis en groupes. Souvent l'ulcération qui les accompagne reste bornée à la surface envahie par le tubercule, elle ne s'étend pas; mais souvent elle détruit la peau et les tissus sous-jacents, ou bien elle exerce ses ravages sur la peau seule, qu'elle laboure de sillons serpigineux.

Ces diverses formes, sous lesquelles la syphilide tuberculeuse se développe, constituent autant de variétés : 1° la syphilide tuberculeuse disséminée; 2° la syphilide tuberculeuse en groupes; 3° la syphilide tuberculeuse perforante; 4° la syphilide tuberculeuse serpigineuse.

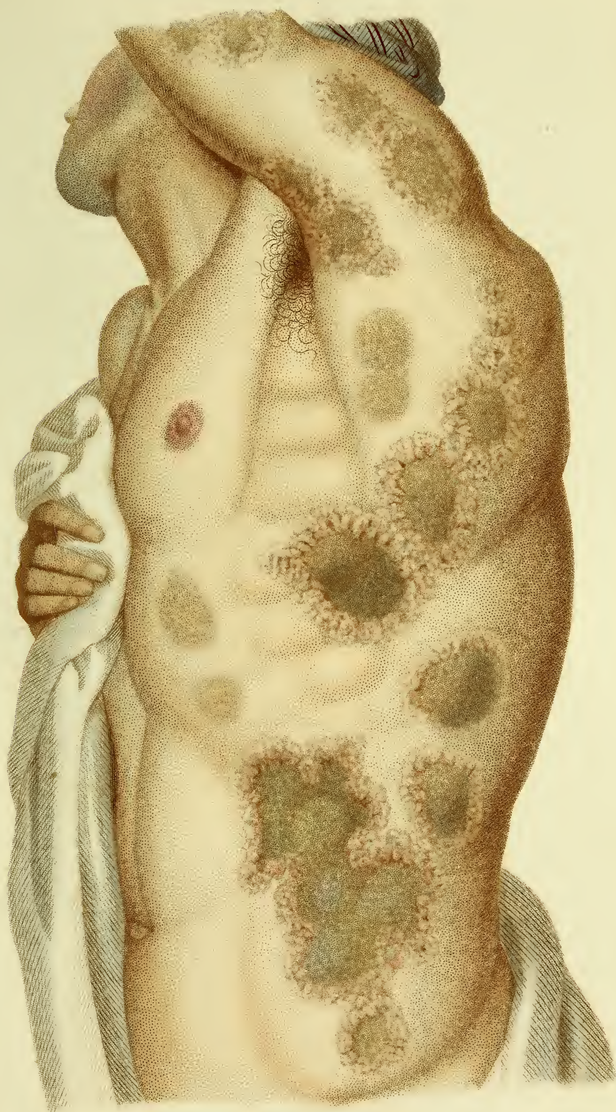
La syphilide tuberculeuse disséminée est précoce; on l'observe rarement au delà du quatrième mois qui suit l'infection. Cette éruption n'est réellement que l'exagération de la syphilide papu-

PLANCHE LXVII.

SYPHILIDE TUBERCULEUSE.

Tubercules en groupe occupant le côté et le bras, à gauche.

Chancre induré. Adonépathie. Roséole. Plaques muqueuses il y a quatre ans traitées par le mercure.



Davesne sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

leuse
nom
proc
ont
leur
éru
acc
mê
me
de
qu
loi

se
m
q
n

leuse; aussi M. Bazin les réunit dans la même description sous le nom de syphilide papulo-tuberculeuse. Malgré l'analogie qui rapproche ces deux éruptions, je les décris séparément, car si elles ont des points de contact, elles diffèrent par quelque chose de leur évolution. La syphilide tuberculeuse en groupes est une éruption tardive qui indique une période de transition entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires. Il en est de même des syphilides tuberculo-serpigineuse et perforante; seulement ces dernières sont plus tardives encore, et il n'est pas rare de les observer simultanément avec des accidents tertiaires, et quelquefois des années après le début de l'accident primititif, lors même que l'on croyait tout danger de manifestations conjuré.

La syphilide tuberculeuse est une éruption fréquente; on l'observe cependant moins souvent que l'érythème et les plaques muqueuses. D'après mes observations, elle ne viendrait donc qu'en troisième ordre, contrairement à ce qu'a remarqué M. Cazenave, qui la considère comme la syphilide la plus commune.

Les tubercules syphilitiques siégent sur tout le corps, mais particulièrement à la face, au nez, au front, au niveau de l'omoplate, à la face interne des jambes, aux organes génitaux, jusque sur le col de l'utérus. Il s'en développe aussi à la langue, au voile du palais, à la voûte palatine, au pharynx.

La syphilide tuberculeuse disséminée débute par de petites tumeurs arrondies, dont le volume, la disposition et la coloration varient beaucoup. Quelquefois de la grosseur d'une lentille, ces tubercules peuvent acquérir celle d'un pois et même d'une cerise. Leur couleur est tantôt d'un rouge sombre, tantôt d'un rouge cuivre; elle disparaît ordinairement sous la pression du doigt. Les saillies formées à la surface de la peau par les tubercules sont souvent isolées et éparses sur tout le corps; quelquefois ils sont placés de manière à former entre eux des cercles et des demi-cercles, alors la peau qui les sépare s'engorge elle-même, quand ils sont assez rapprochés les uns des autres, et elle prend une teinte semblable à celle du tubercule. Lorsque le tubercule a atteint son entier développement, il reste stationnaire pendant quelque temps, et puis il s'affaisse peu à peu; l'épiderme qui le recouvre se détache par squames plus ou moins minces, et le tubercule apparaît alors lisse et luisant jusqu'à ce qu'une desquamation se produise. La saillie tuberculeuse disparaît aussi progressivement, pour laisser à sa place un tache jaunâtre qui s'efface ou une apparence de cicatrice déprimée, qui est le résultat d'une véritable résorption interstitielle, comme cela a lieu pour la papule lorsque sa guérison a lieu.

La syphilide tuberculeuse disséminée se développe sur tout le corps, mais de préférence à la face, au front, au nez : on l'observe aussi au niveau des omoplates. Cette syphilide peut être accompagnée des phénomènes généraux ; mais on les observe plus rarement que dans les autres syphilides.

La syphilide tuberculeuse en groupes est caractérisée par des saillies dures et arrondies, de volume variable. Quelquefois semblables à des grains de mil, elles constituent alors la *syphilide granuleuse* de M. Gibert. Quelquefois elles atteignent la grosseur d'une cerise. Ces saillies se réunissent en groupes qui affectent des formes diverses, tantôt celle de demi-cercles, tantôt celle de cercles complets. Dans une région, ce sont des groupes irréguliers, dans une autre des groupes réguliers. Souvent l'éruption commence par un seul tubercule, qui sert de centre à plusieurs éruptions successives formant autant de cercles concentriques. Souvent, au contraire, l'éruption débute par une série de tubercules rangés en cercle. Enfin, quelquefois les tubercules sont groupés de manière à ressembler à une grappe dont chaque grain se trouve représenté par un tubercule : c'est la *syphilide pustulante racémiforme* d'Alibert. — Tous ces tubercules paraissent successivement et disparaissent de même ; les saillies s'affaissent peu à peu, à mesure que la desquamation les dépouille de leur épiderme. Il ne reste bientôt que la trace du tubercule sous forme de tache violacée d'abord et de cicatrice blanchâtre ensuite. Cette cicatrice est indélébile lors même qu'il n'y a eu qu'une ulcération superficielle. La cicatrice est plus déprimée, plus étendue, si le travail d'ulcération a envahi le tubercule, car alors le derme a été détruit plus complétement.

Les tubercules en groupes se développent sur tout le corps, mais particulièrement à la face, à la partie inférieure de la région deltoïdienne, au niveau des omoplates, à la face interne des jambes. On rencontre aussi des tubercules en groupes dans la barbe, mais alors en général peu volumineux.

La syphilide tuberculeuse serpigineuse débute par des boutons rouges et durs qui font une saillie plus ou moins nette à la surface de la peau. Ces tubercules s'ulcèrent ordinairement très-vite ; il n'est pas rare cependant de les voir rester stationnaires et ne s'ulcérer que longtemps après leur apparition. Voici alors ce qui se passe : le tubercule s'enflamme, et bientôt, sous l'influence du travail d'ulcération, la peau est détruite, des croûtes épaisses d'un jaune verdâtre se superposent. Elles cachent une ulcération à bords taillés à pic, à fond grisâtre et recouvert d'un pus sanieux. Cette ulcération a une tendance marquée à s'étendre au

Pl. 68.



Forget sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp Geny Gros

PLANCHE LXVIII.

SYPHILIDE TUBERCULEUSE.

Tubercules confluents dont les uns sont cicatrisés, les autres en pleine suppuration, à la face et principalement au front.

Plusieurs antécédents syphilitiques datant de douze ans. Traitements mercuriels à plusieurs reprises, mais jamais bien suivis.



loin, sans gagner en profondeur, elle trace sur la peau des sillons plus ou moins larges. Quelquefois elle se développe en tous sens, mais le plus souvent elle s'agrandit d'un côté et se cicatrise d'un autre.

Pendant qu'un tubercule ou un groupe de tubercules est déjà en voie d'ulcération, il peut s'en trouver d'autres dans le voisinage qui ne font qu'apparaître et qui eux aussi passeront par les mêmes phases. Lorsque la guérison veut s'effectuer, les bords de l'ulcère s'affaissent, le fond se déterge, le pus est moins abondant, moins sanieux; la plaie devient rouge, elle se couvre de bourgeons charnus, et bientôt, les bords se cicatrisant, la plaie finit par disparaître, et il ne reste plus à sa place qu'une cicatrice violacée d'abord, blanche ensuite, presque lisse, ordinairement sans brides.

La syphilide tuberculo-serpigineuse siége de préférence au pourtour des jointures, au dos et même à la face.

La syphilide tuberculo-perforante débute, comme les précédentes, par des boutons durs et arrondis faisant une légère saillie à la peau et ayant une grande tendance à l'ulcération; seulement l'ulcération marche ici en profondeur, au lieu de se borner à la surface. Ce ne sont plus de simples sillons, c'est un ulcère recouvert de croûtes épaisses, allant toujours croissant et ne respectant aucun tissu, pas même les os. Les bords sont taillés à pic et livides; le fond est grisâtre, recouvert d'un pus sanieux et fétide, qui suinte quelquefois sous les croûtes décollées. Quand la guérison se produit, la plaie se déterge, les bords s'affaissent, le fond bourgeonne et la cicatrisation se forme, déprimée, inégale et rugueuse. Souvent même les brides qui la constituent sont très résistantes.

Cette forme de syphilide tuberculeuse se développe de préférence aux ailes du nez, au voile du palais, à la voûte palatine, au pharynx, à la langue. On l'observe quelquefois au col de l'utérus.

Lorsqu'elle envahit les ailes du nez, elle détruit les cartilages latéraux, la cloison elle-même, et les narines sont alors remplacées par deux ouvertures triangulaires analogues à celles formées par les propres os sur le squelette.

Si ces tubercules occupent la voûte palatine, on sent d'abord une ou plusieurs petites tumeurs arrondies, dures, qui se déplacent un peu sous le doigt; bientôt elles se ramollissent, et la muqueuse se perfore, l'ulcération est formée. Dès lors, les os à nu se nécrosent. Mais, dans ces cas, la nécrose qui se produit est une nécrose consécutive; elle a lieu parce que l'os est dénudé par l'ulcération du tubercule.

Lorsque ces tubercules occupent le voile du palais, ils le per-

forent, le détruisent en totalité ou en partie. La luette est quelquefois complétement emportée. Ces destructions partielles ou totales du voile du palais entraînent après elles des désordres dans la voix qui devient nasillarde, et dans la déglutition, surtout celle des liquides, qui alors reviennent par le nez. La douleur est souvent nulle au début des tubercules dans ce point, si bien que les malades ne s'aperçoivent de la lésion qu'au moment où les liquides sont refoulés dans les narines.

Les tubercules peuvent siéger aussi sur le pharynx, soit sur les côtés, soit à sa partie postérieure. Lorsqu'ils s'ulcèrent, la muqueuse qui les entoure s'engorge, et si le tubercule n'est pas très-éloigné de la trompe d'Eustache, il peut y avoir surdité passagère. Dans tous les cas, il existe des troubles dans la déglutition. Les liquides peuvent aussi revenir par le nez, comme si le voile du palais lui-même était lésé.

Enfin, ce genre de tubercules siége aussi aux organes génitaux, où leur ulcération simule parfois l'ulcération primitive. Au col de l'utérus, l'ulcération a souvent été prise pour un carcinome.

Le diagnostic de la syphilide tuberculeuse présente une grande importance, à cause des nombreuses maladies qui peuvent être confondues avec elle.

Et d'abord la syphilide tuberculeuse disséminée? Elle ne saurait guère être confondue qu'avec la syphilide papuleuse; car elles sont toutes deux caractérisées par une élevure sèche, dure et arrondie; mais le tubercule est plus saillant, sa base est plus enfoncée dans le derme, si je puis ainsi dire; le tubercule est un accident secondaire moins précoce que la papule, et de plus, il a une marche plus lente qu'elle.

On ne confondra pas non plus cette syphilide avec l'*acne indurata*. Les tubercules sont disséminés sur tout le corps; l'*acne indurata* ne siége guère qu'à la face et au dos. L'acné a une couleur rouge violacée; le tubercule est d'un rouge cuivré. D'ailleurs, s'il existait quelque hésitation, les antécédents et les signes concomitants lèveraient tous les doutes.

La syphilide tuberculeuse circonscrite ne pourrait être confondue qu'avec quelques groupes de papules, mais ces tubercules ont une marche plus lente; ils sont plus volumineux et plus durs.

Lorsque le tubercule est ulcéré et qu'il siége aux organes génitaux, on courrait risque, sans une attention sérieuse, de le confondre avec le chancre induré. On les distinguera à plusieurs signes. Le tubercule commence par une petite tumeur qui s'ulcère souvent très-tard; le chancre débute par une ulcération.

L'ulcération du chancre est ordinairement unique ; il y en a plusieurs quand elles sont tuberculeuses. Le chancre n'a pas été précédé d'aucune manifestation syphilitique ; le tubercule a toujours été précédé d'éruptions qui indiquent qu'on n'a plus affaire à l'accident primitif. Dans le chancre, l'engorgement multiple ganglionnaire est de rigueur, il manque avec le tubercule, ulcéré ou non.

On ne confondra pas la syphilide tuberculo-serpigineuse avec le chancre phagédénique serpigineux. Ce dernier se montre ordinairement aux organes génitaux ou dans les aines sur des bubons ulcérés ; il est le plus souvent unique, ses bords sont livides et décollés ; sa plaie ne se recouvre pas de croûtes ; l'ulcération de ce chancre n'est pas habituellement accompagnée de manifestations constitutionnelles ; enfin son pus est inoculable. Quant à la syphilide tuberculo-serpigineuse, elle se montre rarement aux organes génitaux ; elle est constituée par des ulcérations multiples, recouvertes de croûtes plus ou moins épaisses ; elle a été précédée ou est accompagnée encore de manifestations syphilitiques. Enfin, le chancre phagédénique commence par une ulcération, et le tubercule par un bouton qui ne s'ulcère qu'ultérieurement.

La syphilide tuberculo-perforante pourrait être confondue avec le cancroïde et le cancer, mais les signes antérieurs et concomitants viennent éclairer le diagnostic.

Quant au lupus, on le distinguera du tubercule syphilitique à plusieurs signes : le lupus siége le plus souvent à la face ; ses tubercules sont plus petits, moins consistants que les tubercules syphilitiques ; ces derniers ont une coloration d'un rouge cuivré, ceux du lupus sont livides, d'apparence atonique, et leur siége ordinaire est à la face. Les antécédents et les signes concomitants compléteront le diagnostic.

La marche de la syphilide tuberculeuse est essentiellement chronique. Les tubercules disséminés sont relativement précoces ; il n'en est pas de même des tubercules en groupes et de ceux que l'ulcération envahit ; ils sont très-tardifs et ne se montrent quelquefois que dix, quinze, vingt ans après le début de l'accident primitif.

Les tubercules syphilitiques ont une durée très-longue ; ceux qui ne s'ulcèrent pas guérissent assez vite ; ceux qui s'ulcèrent sont tenaces, et l'éruption peut durer indéfiniment, par poussées successives, si un traitement efficace ne vient pas mettre fin à cette manifestation terrible de la vérole.

L'éruption tuberculeuse se termine par cicatrice ; tout d'abord

cette cicatrice est violacée ; elle devient blanche ensuite. Elle est ordinairement déprimée, circulaire, tantôt lisse, tantôt rugueuse, et accompagnée de brides plus ou moins nombreuses.

Cette syphilide est doublement grave : grave par elle-même, à cause de sa durée, de sa tendance à l'ulcération et de l'extension des ulcères; grave parce qu'elle est une manifestation tardive de la syphilis. Je ne parle ici que des tubercules en groupes et des tubercules ulcérés, car la syphilide tuberculeuse disséminée a une bénignité beaucoup plus prononcée.

La syphilide tuberculeuse récidive comme les autres syphilides après un temps plus ou moins long. Les tubercules reparaissent ordinairement sur des points qui n'ont pas encore été envahis par la même éruption. J'ai vu cependant cette syphilide récidiver sur de vieilles cicatrices du même mal. Disons enfin, comme gravité du pronostic de la syphilide tuberculeuse tardive, qu'elle doit faire craindre, dans un temps plus ou moins éloigné, l'apparition des accidents tertiaires.

Syphilide squameuse. — Existe-t-il une syphilide squameuse, ou, en d'autres termes, y a-t-il une éruption syphilitique dont la squame est l'élément constitutif? Beaucoup d'auteurs admettent et décrivent cette syphilide ; quelques autres la rejettent absolument. Ainsi, M. Bazin ne décrit même pas le psoriasis, il ne veut pas que la desquamation soit dans la syphilis un phénomène primitif, et pour lui les psoriasis syphilitiques ne sont que des groupes de tubercules affaissés et recouverts d'une abondante exfoliation épidermique. Sans me montrer aussi exclusif que M. Bazin sur ce point, je suis très-disposé à ne pas reconnaître de syphilide squameuse, et si je décris dans ce chapitre le psoriasis, c'est précisément à cause de mes doutes. Mais je n'hésite pas à rejeter d'une manière absolue, comme ne devant pas rentrer dans la description de la syphilide squameuse toutes ces prétendues éruptions squameuses qui ne sont autre chose qu'une période d'évolution dans certaines éruptions bien déterminées, érythémateuse, papuleuse ou tuberculeuse Les érythèmes les papules, les tubercules, se recouvrent, en effet, à un moment donné de leur évolution, de squames plus ou moins étendues, plus ou moins épaisses ; mais il n'y a pas là sécrétion épidermique primitive ; en un mot, la squame n'est pas l'éruption, elle n'en est qu'une phase.

M. Bassereau décrit un pityriasis syphilitique ; il admet même une icthyose syphilitique. Melchior Robert suit son exemple. Je suis loin de suspecter le talent d'observation de ces deux auteurs ; il est à l'abri de toute critique. Cependant je ne puis ici me

PLANCHE LXIX.

SYPHILIDE SQUAMEUSE.

Psoriasis palmaire en voie de guérison. On voit encore quelques plaques cornées. Ailleurs l'ulcération est moins sèche.

Antécédents syphilitiques. Chancre il y a deux ans. Roséole.





Legros sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

(
(
p
I
o

m
ta
la
te
pa

squ
les
nai
cou
méd
peu

ranger à leur avis, et, pour moi, l'éruption qu'ils décrivent sous le titre de pityriasis syphilitique n'est rien autre chose qu'une abondante exfoliation épidermique consécutive à quelque exanthème syphilitique ou à quelque éruption papuleuse de même nature. Quant à l'observation d'icthyose rapportée par M. Bassereau et citée par Melchior Robert comme icthyose syphilitique, je ne puis m'empêcher de la considérer comme le mode terminal de quelque éruption tuberculeuse confluente dans laquelle les squames ont été aussi confluentes que les tubercules eux-mêmes.

M. Bassereau et Melchior Robert font aussi une description spéciale de squames qu'ils ont observées au scrotum. Pour moi, je ne saurais voir dans ces squames un élément primitif; je ne vois là encore qu'une desquamation consécutive à une éruption papuleuse ou tuberculeuse dont les premières phases ont passé inaperçues.

Psoriasis syphilitique. — Je décris un psoriasis syphilitique, précisément à cause de mes doutes sur la nature primitivement squameuse de cette éruption. Je le décris, parce qu'il m'est impossible dans l'état actuel de la science de me prononcer d'une manière définitive.

Le psoriasis syphilitique peut se développer sur toute la surface du corps, et alors il est caractérisé par des groupes de squames répandus sur une surface plus ou moins étendue (*psoriasis guttata*), ou par des squames irrégulièrement disséminées (*psoriasis diffusa*). Le psoriasis peut affecter la forme circulaire et constituer ce que les auteurs décrivent sous le nom de lèpre syphilitique (*lepra nigricans*) [syphilide annulaire de M. Ricord]. Le plus souvent, le psoriasis reste borné aux mains et aux pieds on le désigne sous le nom de psoriasis palmaire et plantaire.

Le psoriasis syphilitique se développe à une époque plus ou moins éloignée de la contagion, tantôt comme accident précoce, tantôt comme accident tardif. Lorsqu'il paraît peu de temps après la contagion, il faut examiner l'éruption avec la plus grande attention, car elle pourrait n'être qu'une éruption érythémateuse, papuleuse, ou même pustuleuse à sa période ultime.

Le psoriasis syphilitique se montre sous forme de petites squames régulièrement groupées ou disséminées çà et là. Dans les deux cas, il débute de la même manière, par des taches ordinairement arrondies, de couleur rose ou rouge cuivré, qui se recouvrent bien vite d'une exfoliation épidermique légèrement déprimée au centre, de sorte que les bords en sont quelquefois un peu relevés. Les squames une fois détachées, reste une

tache cuivrée qui disparaît peu à peu sans laisser de cicatrices.

Lorsque le psoriasis se développe aux mains ou aux pieds, il présente quelques particularités qu'il est bon de signaler. Ainsi les taches sont plus grandes, elles sont isolées ou confluentes, et alors elles se confondent souvent par leurs bords, de manière à former une immense tache irrégulière qui s'étend sur la paume des mains ou sur la plante des pieds. La coloration de ces taches est d'un rouge cuivré ; elles se recouvrent vite de squames plus ou moins épaisses ; et comme les sillons palmaires et plantaires sont envahis par l'éruption, les mouvements sont gênés et, en se produisant, ils favorisent le développement de fissures et de rhagades très-douloureuses. Lorsque les squames se détachent, elles laissent sous elles des taches violacées ou d'un rouge cuivré qui entretiennent jusqu'à leur disparition une sorte de tension de la peau.

Le psoriasis apparaît quelquefois sous forme annulaire. Alors il se développe particulièrement à la face ou au cou, rarement aux membres ; et lorsqu'il s'y montre, c'est aux jarrets ou à la face antérieure des avant-bras. Ce psoriasis, que l'on décrit aussi sous les noms de lèpre syphilitique, de syphilide annulaire, débute par des taches brunes qui affectent la forme de cercles ou de demi-cercles dont le centre reste sain. Ces taches se recouvrent de squames épaisses qui laissent après leur chute des taches d'un rouge cuivré qui s'effacent peu à peu. Souvent même, c'est une grande tache circulaire qui se développe ; mais alors toute la peau de cette tache est envahie, il n'y a pas de surface saine au centre.

Le début, la marche et l'évolution du psoriasis syphilitique établissent son diagnostic. Il n'y a pas d'autre maladie qui débute par une tache recouverte presque aussitôt après son apparition d'une exfoliation épidermique plus ou moins épaisse. Il n'y a qu'avec le psoriasis vulgaire qu'il pourrait y avoir quelque confusion ; mais dans le psoriasis syphilitique les squames sont un peu déprimées au centre, et puis il existe ordinairement d'autres manifestations concomitantes qui indiquent sa nature spécifique.

Quant au psoriasis annulaire, on pourrait le confondre avec l'herpès circiné, si les accidents concomitants ne venaient mettre sur la voie d'un accident syphilitique.

Le psoriasis est un accident ordinairement tardif. Le plus souvent, il a une marche assez rapide ; quelquefois cependant il persiste avec une certaine ténacité et dure plusieurs mois. Il ne laisse pas de cicatrices indélébiles.

C'est un accident grave, parce qu'il est une manifestation de

la syphilis; par lui-même, il ne présente pas de gravité sérieuse.

Maladies des annexes de la peau. — Les annexes de la peau subissent des modifications qui ne sont que la conséquence des diverses formes de syphilide que nous avons décrites. C'est d'un côté l'*alopécie*, de l'autre l'*onyxis*. J'ai parlé de l'alopécie en traitant du début de la période syphilitique secondaire et à propos des éruptions du cuir chevelu, j'ai dit qu'il ne fallait pas confondre la chute des cheveux qui en est la conséquence, avec celle que l'on observe quelquefois dans les manifestations syphilitiques graves et tardives, et qui n'est due alors qu'à l'état de cachexie dans lequel se trouve le malade. Cette alopécie n'a rien de particulier à la vérole et elle a lieu dans toutes les maladies constitutionnelles qui amènent le dépérissement.

L'*onyxis* est autre chose, c'est une altération, soit de la matrice de l'ongle, soit des parties qui l'environnent, en rapport avec les syphilides, constituée par les mêmes éléments que celles-ci, en un mot, c'est une syphilide localisée aux doigts et aux orteils. Que voit-on en effet dans la description généralement donnée de l'onyxis? tantôt une simple hypérémie de la peau des dernières phalanges, un peu de gonflement de l'extrémité des doigts qui les rend inhabiles au travail et légèrement douloureux à la pression sur l'ongle. Ce premier degré correspond à l'érythème cutané général; tantôt à cette hypérémie se joint une sécrétion séreuse ou séro-purulente de la base de l'ongle, on y aperçoit la peau épaissie et granuleuse, la pression sur l'ongle est plus douloureuse, il tombe, et l'on constate que la matrice présente cette surface gauffrée, recouverte de la sécrétion purulente dont je viens de parler. Dans ce cas, s'il n'y a pas d'ulcération profonde, si la matrice n'est qu'excoriée, comme c'est le plus ordinaire, l'ongle est remplacé par un autre de bonne formation; c'est qu'il y a eu une véritable plaque muqueuse qui n'a pas détruit l'organe sécréteur et qui disparaît sans laisser plus de trace ici que sur les autres parties muqueuses et cutanées.

Tantôt il n'y a plus seulement rougeur, douleur et écoulement sous-unguéal séro-purulent, mais le bourrelet cutané s'hypertrophie, devient saillant, est très-douloureux, et se couvre en partie ou en totalité d'une ulcération à fond grisâtre, recouverte d'un liquide sanieux d'une odeur repoussante. Cette ulcération détruit presque toujours toute la matrice de l'ongle qui alors ne saurait repousser. Parfois cependant, la moitié, le quart même de la matrice est seulement ulcérée, détruite, et la chute de l'ongle n'est pas fatale dans toute son étendue; rien ne ressemble plus au tubercule ulcéré que cette variété.

PLANCHE LXX.

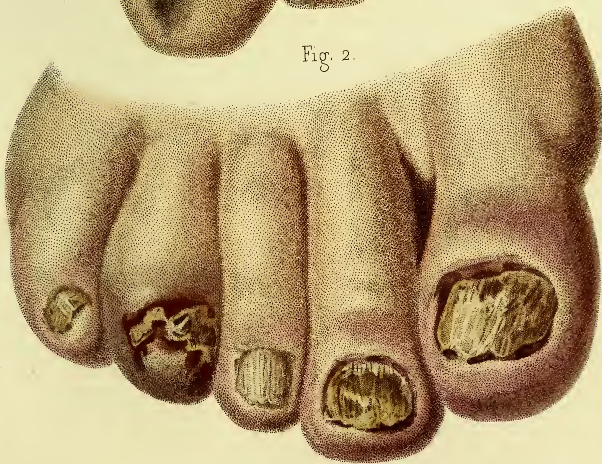
Fig. 1. — Onyxis de la main droite affectant le pouce et l'indicateur sous forme de plaques muqueuses de la matrice de l'ongle. Sur l'auriculaire, la maladie a seulement l'apparence et la forme érythémateuse.

Fig. 2. — Onyxis du pied droit. L'ongle du gros orteil et celui du second orteil ont l'apparence de la nécrose avec de l'érythème de la peau environnante. La matrice est saine. Sur le quatrième orteil, on voit une véritable plaque muqueuse qui siége sur la matrice onguéale et qui a détruit l'ongle en partie.

Pl. 70.

Fig. 1.

Fig. 2.



Lagesse sc.

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

Dans un autre cas, dès que le doigt devient sensible et rouge, on peut constater de très-bonne heure, au pourtour de l'ongle, la présence de véritables pustules ecthymateuses suivies d'ulcération et de sécrétion purulente; mais si l'on observe la maladie que tardivement et quand elle est déjà ulcérée, il est difficile de dire quelle a été la lésion initiale. On comprend d'ailleurs, qu'en tous cas, la lésion et la reproduction de l'ongle sont très-variables.

On a décrit et l'on observe en effet une dernière forme d'onyxis beaucoup plus rare que les précédentes. Elle est caractérisée par une sorte de mortification de l'ongle, mais sans ulcération et même sans traces d'inflammation préalables de la matrice, il devient sec, cassant, et dans quelques cas semble s'amincir; le plus ordinairement, au contraire, il se rétracte, s'épaissit, sa couleur change, elle brunit comme fait un os nécrosé, sa surface devient rugueuse, inégale, elle s'exfolie, souvent l'ongle semble ne plus tenir aux parties molles et il tombe quelquefois sous l'influence du moindre choc, de la plus petite pression.

Les variétés congestives et ulcéreuses de l'onyxis se rencontrent pendant le cours de la période syphilitique secondaire et elles correspondent assez régulièrement aux lésions anatomiques cutanées et muqueuses dont elles sont elles-mêmes l'expression; la dernière variété ne s'observe au contraire qu'à une époque très-avancée de l'évolution de la vérole; en même temps que les ulcérations profondes de l'ecthyma du rupia et du tubercule, avec des gommes, des périostoses ou quelque manifestation viscérale; en un mot, pendant l'état de cachexie syphilitique dont cette singulière affection constitue un des signes ainsi qu'une des formes de l'alopécie que j'ai mentionnée. On serait porté à penser que l'onyxis cachectique attaque tous les ongles simultanément: il n'en est pourtant pas ainsi, et souvent il n'y a d'affectés qu'un ou deux ongles des mains et des orteils, les autres se conservent intacts; on pourra voir une main, un pied être pris en entier, les autres restant sains. Une fois j'ai vu les ongles de tous les orteils tomber et les mains rester parfaitement indemnes chez un malade de mon service dans un état de cachexie très-grave dont il finit pourtant par sortir.

Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité des variétés d'onyxis dans lesquelles la chute partielle ou totale de l'ongle est la règle par suite de l'ulcération de sa matrice. D'abord la maladie est toujours douloureuse et de longue durée, ensuite, pour peu que l'ulcération soit profonde, l'ongle ou se reproduira par parcelles, par linéaments cornés, disgracieux, ou bien ne se reproduira pas

du tout; ces deux cas entraînent des stigmates auxquels les malades sont très-sensibles quand c'est aux mains que l'affection a lieu. Le pronostic de l'onyxis cachectique est plus grave encore puisque, outre les inconvénients de la non-reproduction en général, c'est un indice de l'appauvrissement vital constitutionnel.

Traitement des syphilides. — A l'article du chancre induré, j'ai fait valoir les raisons pour lesquelles je conseille de s'abstenir du traitement général et de n'y avoir recours que lorsque les manifestations de l'empoisonnement constitutionnel se font voir. C'est dire que dans les syphilides le moment est venu de le mettre en usage.

Je suis partisan du mercure, bien que je reconnaisse que certains symptômes cutanés et muqueux peuvent disparaître sans l'intervention de ce médicament; il suffit d'avoir observé dans la pratique nosocomiale pour être pénétré de cette vérité. C'est ainsi que j'ai vu bon nombre de fois tant à l'hôpital de Lourcine qu'à celui du Midi des individus dans l'adolescence ou dans l'âge adulte, nous arrivant avec des plaques muqueuses, de la roséole, ou même avec une syphilide papuleuse non encore traitée, être pris dès leur entrée d'une maladie aiguë intercurrente, fièvre typhoïde, pleurésie, arthrite ou autres, pendant lesquelles il était impossible de songer au traitement spécifique, et, chez ces individus, les accidents syphilitiques avoir entèrement disparu pour ne plus jamais se reproduire, sans que pourtant ils aient pris la moindre quantité de mercure; on connaît aussi l'éloignement invincible de certains malades de la pratique particulière pour les préparations hydrargiriques qu'ils ont en horreur et pourtant beaucoup d'entre eux guérissent sans elles.

Mais comme tous les malades n'ont pas le même bonheur, comme le médecin ne sait jamais jusqu'où ira une syphilide, même légère à son début, la prudence doit l'emporter sur la théorie et sur les préventions, et si l'on a dans ses mains, si ce n'est l'antidote, au moins jusqu'à présent, le meilleur médicament à lui opposer, ce serait être coupable que de ne pas y avoir recours.

C'est par des symptômes du côté de la peau et des muqueuses dans lesquels on retrouve les différents groupes de nos syphilides actuelles que fut caractérisée la grande épidémie du xve siècle, et les auteurs qui nous en ont donné la description nous apprennent que la saignée, les purgatifs, les bains et surtout les applications locales d'onguents de toutes sortes constituèrent pendant quelque temps le seul traitement qu'on lui opposât.

Cependant le mercure, qui déjà antérieurement avait triomphé de quelques maladies cutanées très-rebelles, fut employé de

nouveau bien qu'assez timidement d'abord et il eut des succès. C'était l'onguent sarrazin en applications locales et en frictions. C'était le cinabre en fumigations, plus tard quelques préparations à base d'oxyde de mercure, telles que la poudre rouge de Vigo, la poudre angélique de Massa, furent administrées à l'intérieur. Peu à peu les préceptes relatifs au traitement mercuriel se régularisèrent, et l'on peut dire que depuis, malgré bien des tendances d'opposition périodiques, il est constamment resté dans la pratique. Aveugle quelquefois, inutile souvent, il a rendu trop de services pour qu'après des éclipses momentanées on ne se soit pas empressé d'y recourir de nouveau. Ainsi les bois sudorifiques, tels que le gaïac et plus tard le squine et la salsepareille qu'on chercha à lui substituer, eurent pendant quelque temps de bons résultats, mais leur insuffisance avérée dans les cas graves, fit qu'on revint aux préparations mercurielles. Ainsi pendant le règne éphémère de la médecine physiologique, le mercure fut à peu près banni du traitement antisyphilitique, ce qui n'a rien d'étonnant à cette époque où le virus syphilitique lui-même était ou révoqué en doute ou nié complétement. Les exagérations de la médecine physiologique ont passé et le mercure est resté tout-puissant.

Ainsi, de nos jours encore, lorsque l'iodure de potassium est entré dans le thérapeutique antisyphilitique, on a pu croire un moment que c'en était fait du mercure, mais peu de temps a suffi aux vrais observateurs pour reconnaître que ces deux médicaments héroïques dans le traitement de la syphilis ne pouvaient pas s'adresser aux mêmes phases de la maladie, qu'ils ne se suppléent pas l'un l'autre, et que, d'un effet vraiment merveilleux dans certains cas, ils sont inutiles et quelquefois même dangereux dans d'autres; le tact médical, que donne seule la pratique, étant de les administrer à propos.

C'est par la méthode endermique ou par l'absorption intestinale que le mercure s'administre pour combattre les syphilides. Dans le premier cas, on a recours aux frictions avec une pommade hydrargyrique, aux fumigations avec le cinabre, aux bains avec le sublimé; tout récemment on a préconisé les injections mercurielles hypodermiques.

Les frictions se font le plus généralement avec l'onguent napolitain soit simple soit double. Plus rarement on se contente d'une pommade composée d'axonge et de calomel. Celle-ci est plutôt employée comme application locale que comme traitement général. La dose de pommade employée par chaque friction varie nécessairement suivant la force du malade, suivant le sexe,

suivant aussi la susceptibilité plus ou moins grande qu'on lui reconnaît à l'absorption métallique.

C'est en général sur les membres inférieurs, à la partie interne que les frictions mercurielles sont faites, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, aux jambes et aux cuisses alternativement. On les a faites aussi aux bras, mais cela a quelque chose de plus pénible pour le malade. En parlant du traitement dans la syphilis infantile, je dirai pourquoi je conseille ces frictions et pourquoi aussi je préfère qu'elles soient faites sur les parties latérales du tronc.

Au lieu de mercure métallique mélangé à l'axonge, on a employé le sublimé et c'est ce qui a constitué une méthode qui a fait jadis grand bruit sous le nom de méthode de Cirillo, son inventeur. Aujourd'hui elle est tombée en désuétude. C'est sous la plante des pieds que chaque jour l'application mercurielle était faite.

De quelque manière que les frictions mercurielles soient pratiquées, il n'est pas nécessaire je pense d'insister sur le soin qu'il faut prendre de la surface cutanée frictionnée qui devra toujours être tenue très-propre par des lavages à l'eau de savon, pour éviter le séjour trop prolongé de la pommade employée qui peut amener de l'irritation erythémateuse et une véritable hydrargyrie.

A côté des frictions avec les substances grasses, il faut placer celles qu'on leur a substituées avec les sels mercuriels mélangés à une poudre inerte. Un chirurgien anglais du siècle dernier proposa de frictionner les gencives et les joues avec le calomel mêlé à un excipient pulvérulent. Clare assurait que de cette manière 15 centigrammes de calomel produisaient autant d'effet que 3 grammes d'onguent napolitain sur la peau. Cependant les frictions de Clare n'ont pas plus survécu que celles de Cirillo.

On peut rapprocher de la méthode des frictions celle des injections hypodermiques dont le champ d'application est si vaste. M. Scarenzio, chef de la clinique des vénériens à l'université de Parme, les a employées avec succès contre la syphilis constitutionnelle. Persuadé que le calomel se transforme en sublimé par l'absorption, il l'a suspendu dans la glycérine, le mucilage ou l'eau, et injecté ainsi sous la peau avec la petite seringue de Pravaz. Une solution de 20 à 30 centigrammes sur 1 à 2 grammes de menstrue lui a servi à cet effet, en choisissant comme lieu d'élection de cette petite opération la partie interne de la jambe et de préférence celle du bras, pour ne pas assujettir le malade au décubitus. Parfois on la pratique d'un seul côté ou des deux simultanément, ou bien à deux reprises à quelques jours d'intervalle, selon la nature des accidents et leur intensité.

Sur huit cas traités par cette méthode, une seule fois une stomatite mercurielle est survenue vingt jours après l'injection, en se montrant rebelle à l'action spécifique du chlorate de potasse, preuve entre autres de l'absorption mercurielle par cette voie.

En général, les effets salutaires de l'injection ne se sont montrés que huit à quinze jours après, ce qu'il n'est pas rare d'observer par les méthodes ordinaires. Un point purulent a constamment succédé à la piqûre.

Cette nouvelle méthode de traitement de la syphilis, si ses succès se confirment, aurait des avantages évidents. Avec une dose minime d'un spécifique qui épouvante tous les malades, on parviendrait à faire disparaître rapidement une maladie qui exige toujours un traitement long et minutieux de la part du médecin. C'est à l'expérience à prononcer.

Les bains mercuriels ont eu de la vogue pendant quelque temps ; ils se donnaient avec du sublimé de 5 à 20 grammes pour une baignoire ordinaire. S'ils réussissent très-bien chez les enfants qui sont affectés de syphilis héréditaire, ainsi que je le dirai, ils n'ont qu'une utilité très-contestable chez l'adulte, ce qui tient à ce que la peau des enfants est beaucoup plus sensible et que chez les premiers il y a peu d'absorption, et ce qui le prouve, c'est la rareté de la salivation à leur suite ; aussi j'y ai presque renoncé chez des individus d'un certain âge.

Les fumigations qui ont le cinabre projeté sur une surface rouge pour base, se font la tête du malade placée en dehors de la boîte, et plus rarement en dedans. Dans le premier cas, la quantité de mercure introduite dans l'économie est beaucoup moins considérable que dans la seconde, où l'absorption s'en fait par les poumons.

La salivation est fréquemment le résultat de ce mode de traitement comme pour la friction, aussi est-il aujourd'hui presque abandonné, excepté par quelques médecins et dans des cas très-graves, lorsque le mercure donné à l'intérieur a échoué ou ne peut pas être supporté.

Je ne dirai que peu de chose des lotions avec les sels de mercure soluble, ils sont avantageux dans quelques cas de syphilis secondaire, lorsque par exemple il y a dans la bouche, sur la langue ou dans la gorge des manifestations qui ont résisté au nitrate d'argent et qui sont anciennes, ainsi que sur le col de l'utérus ou dans le vagin.

Dans mon service au Midi, j'ai suivi les errements que j'avais commencés à l'hôpital de Lourcine dans l'emploi du mercure à l'intérieur. Dans la crainte très-fondée que les pilules ne soient

pas avalées, je donne le mercure sous forme de sublimé, et c'est la liqueur de Van Swieten que j'emploie, parce que, comme on peut faire parler le malade immédiatement après le lui avoir fait prendre, on est plus sûr qu'elle a été absorbée en totalité. Le sirop de Bellet ou le sirop de Portal sont dans les mêmes conditions, ainsi que d'autres sirops dans lesquels entre le sublimé ; mais ils ne sont plus guère employés aujourd'hui. Je pourrais donner le sublimé sous forme de pilules, les pilules de Dupuytren, par exemple ; mais quand c'est aux pilules que j'ai recours, ce sont les pilules d'iodure de mercure à 5 centigrammes que j'emploie, et j'en donne une à deux par jour. Je ne crains pas plus la salivation par ce moyen que par le sublimé. D'ailleurs, le chlorate de potasse pour les gens qui, par suite d'une mauvaise denture ou parce qu'ils ont eu antérieurement de la salivation, est là pour obvier au même accident à la condition qu'il sera mis en usage au début même du traitement mercuriel.

Le biiodure de mercure, soit par la méthode de M. Gibertou celle de M. Bazin, n'est que très-rarement employé dans mon service. Je considère ce médicament comme dangereux et rarement plus utile que les autres, dont il suffit souvent d'augmenter les doses. Le plus ordinairement, il faut le dire, c'est concurremment avec l'iodure de potassium qu'il est donné comme le font MM. Ricord et Puche.

Quand je donne le mercure en même temps que l'iodure de potassium, c'est sous forme métallique que je l'emploie, soit en pilules de Sédillot, c'est-à-dire mercure métallique mêlé à l'axonge, soit en pilules bleues, c'est-à-dire mercure métallique mêlé à la conserve de rose.

Les accidents locaux du mercure tiennent tous à une irritation causée par une combinaison du métal avec nos tissus. Telle est celle qui survient sur les parties frictionnées, l'action purgative du mercure mise en contact avec la muqueuse intestinale, comme, par exemple, dans les cas où le mercure est donné sous forme de frictions internes par les pilules bleues, par les pilules de Plenck et plus souvent par les pilules de Sédillot.

Je pourrais parler de beaucoup de préparations mercurielles qui ont été employées sous forme de pilules, de dragées, d'emplâtre pour combattre les éruptions secondaires, mais la plupart ont été abandonnées comme des médicaments d'un emploi difficile et d'une faible efficacité.

Les accidents généraux se produisent après l'absorption du médicament; ce sont : la cachexie mercurielle, qui est bien rare aujourd'hui qu'on sait mieux manier ce médicament, la stomatite

mercurielle ou inflammation de la muqueuse buccale. Elle survient plus facilement par l'emploi des pilules de protoiodure que par celui de la liqueur de Van Swieten, mais c'est surtout après les frictions, les fumigations au cinabre qu'elle est fréquente. Il semble que le mercure absorbé par la peau ait une action plus puissante sur les muqueuses. Cependant le calomel à l'intérieur produit très-facilement la salivation. Cette maladie s'annonce par une douleur qui augmente pendant la mastication. Bientôt surviennent du gonflement, de la chaleur et un léger prurit. Puis la muqueuse devient violacée, perd sa transparence, un liséré caractéristique se forme autour des dents, et la bouche du malade exhale une odeur métallique qui est un des meilleurs moyens de diagnostic. Ce n'est que plus tard que la salivation survient. Dans les cas graves, il se forme des ulcérations qui sont toujours placées au voisinage d'une saillie dentaire ; le fond, d'un rouge saignant, n'est pas déprimé comme la plaque muqueuse, il surpasse souvent son niveau. Les bords sont irréguliers, l'ulcération est mal limitée.

Dans les cas très-graves, les dents s'ébranlent et tombent. les os maxillaires mis à nu peuvent se carier.

La cessation du composé mercuriel, l'emploi de gargarisme, surtout de gargarisme au chlorate de potasse, suffisent pour triompher des stomatites qui sont rarement graves aujourd'hui que les médecins ne recherchent plus la salivation.

Les accidents nerveux, plus fréquents chez les ouvriers qui manient le mercure, se rencontrent quelquefois aussi chez les individus qui ont dû être soumis à un traitement mercuriel prolongé.

Le traitement interne ou par absorption du mercure contre les symptômes secondaires peut souvent, surtout dans les symptômes tardifs et graves, être aidé par le traitement iodiqué, mais l'iodure de potassium ne doit être employé concurremment avec le mercure que si celui-ci ne fait plus d'effet, ou s'il a pas été donné seul pendant un certain temps contre l'accident qu'on veut combattre.

J'ai pour habitude de ne pas recourir aux sudorifiques contre les accidents de la syphilis, parce que je considère leur administration comme complétement illusoire et chargeant inutilement l'estomac et l'intestin des malades.

Dans les symptômes secondaires primitifs, que la peau soit atteinte ou seulement la membrane muqueuse, j'aide le traitement mercuriel par les bains de vapeur, et quand la peau est attaquée par les bains alcalins. Je réserve aussi l'usage de ceux-ci et celui des bains sulfureux aux symptômes secondaires tardifs.

PLANCHE LXXI.

Fig. 1. — Iritis à l'état aigu de l'œil gauche. Il a perdu sa transparence naturelle. L'iris est jaunâtre. Il est le siége d'épanchements plastiques qui se sont produits rapidement. Il n'y a pas une déformation très-grande dans l'ouverture pupillaire. On distingue très-bien le cercle rouge péricornéen de cet œil.

Fig. 2. — Le même malade à un état plus avancé. L'iritis est tout à fait jaune. L'épanchement plastique, qui a été plus considérable, est encore visible. La vue est trouble, l'inflammation péricornéenne n'est plus sensible.

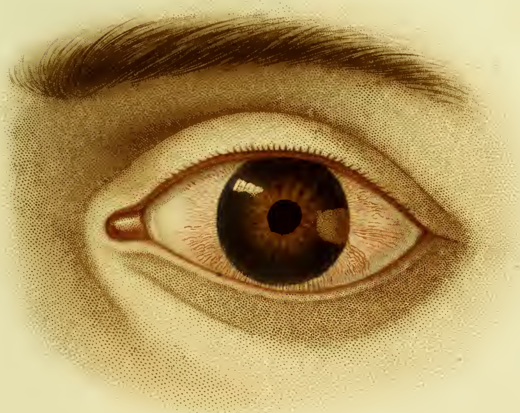
Ce malade a été traité localement par les frictions mercurielles belladonées, le collyre au sulfate de zinc, et généralement par les purgatifs et surtout par le calomel et le jalap, en même temps qu'il a fait le traitement mercuriel.

Pl. 71.

Fig. 1.



Fig. 2.



E MÉQUIGNON MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Pend
des
seul
ment
que
que
Lo
dans
vers,
vins
reco
poss
dra
trop
sera
mes
mot,
mis
I
indi
au
est
ind
n'a
des
ép
de
sy
au
M
en

Pendant combien de temps doit durer le traitement mercuriel des symptômes secondaires ? Les praticiens ne sont pas d'accord à cet égard; les uns, en effet, veulent que le traitement dure aussi longtemps qu'a duré l'explosion des symptômes qu'ils ont à combattre ; pour d'autres, le traitement doit continuer le double du temps qu'a mis le symptôme à se guérir.

Je ne m'arrêterai pas à discuter ces diverses opinions ; je dirai seulement que quand le traitement a été long, qu'il a été difficilement supporté par le malade et que le mercure a déterminé quelques accidents, on ne saurait trop tôt en discontinuer l'usage, et que si les symptômes ont entièrement disparu, on ne voit pas quel intérêt il y aurait à tourmenter le patient lorsque tout symptôme est effacé.

Les malades affectés de syphilis doivent toujours être placés dans de bonnes conditions hygiéniques. Leur régime doit être sévère, mais cependant pas trop débilitant comme quelques médecins ont l'habitude de faire. Ainsi, les viandes rôties, le vin généreux seront permis avec avantage. Il faudrait joindre autant que possible l'habitation dans un lieu sain et privé d'humidité. Il faudrait faire en sorte surtout que le malade ne se préoccupe pas trop de son état, qu'il ne voie pas en noir sa situation. L'exercice sera favorable pour entretenir toutes les fonctions et particulièrement celles de la peau, si souvent prise dans la syphilis. En un mot, la méthode hygiénique de M. Diday plus le mercure seront mis en usage.

Iritis syphilitique. — Le même traitement ou à peu près est indiqué contre l'iritis syphilitique qui cède le plus ordinairement au mercure associé ou non aux purgatifs. L'iodure de potassium est applicable aussi à ce symptôme, surtout s'il existe chez un individu qui a été très mercurialisé, ou bien quand le mercure n'a plus d'action, ou si l'accident se fait voir en même temps que des symptômes tertiaires bien caractérisés.

Depuis Beer, qui comparait aux condylomes syphilitiques les épanchements qui se formaient sur le bord pupillaire, la plupart des pathologistes ont admis une iritis qui a pour origine la diathèse syphilitique. On la voit dans les affections sèches, dans les affections pustuleuses secondaires. Ce n'est pas le plus ordinairement au moment même de l'affection cutanée qu'elle se produit, mais lorsque celle-ci est entrée en voie de résolution, Quelquefois c'est plus tard, c'est au début des accidents tertiaires; aussi, M. Ricord a-t-il considéré l'iritis comme un accident de transition entre la période secondaire et la période tertiaire, ce qui est à mon avis une erreur, car l'iritis se voit chez la plupart des

malades qui n'ont jamais été affectés des symptômes tertiaires.

L'iritis syphilitique est aiguë ou chronique. Cependant la forme aiguë n'est pas aussi fréquente que dans l'iritis ordinaire.

On a fait grand bruit, à une certaine époque, de la déformation de l'iris en travers, de haut en bas ou de dedans en dehors; on a voulu assigner le caractère syphilitique ou rhumatismal à ces déformations, mais un examen plus complet a démontré qu'elles tenaient aux adhérences de la membrane elle-même. L'iritis syphilitique se reconnaît à la vascularisation particulière de la cornée et de l'iris même, à une modification dans les mouvements, à une forme particulière de la pupille, à une production de lymphe d'humeur purulente et à des adhérences. Elle occasionne des troubles de la vision, des douleurs dans l'œil ou dans l'orbite, et toujours à la tête. L'iris est altéré dans ses couleurs; il devient rougeâtre plus sensiblement que dans le côté opposé. Les condylomes qu'on a observés dans l'iris syphilitique seraient des abcès qui arrivent plus fréquemment dans l'iritis syphilitique que dans les autres iritis.

Le pronostic de l'iritis syphilitique ne tire pas sa gravité de sa nature propre, mais bien de la tendance qu'elle a à récidiver, car cette inflammation est peut-être une des moins compromettantes pour la vision. Je ne sais si j'ai eu plus de bonheur qu'un autre, mais chaque fois qu'il m'a été donné de traiter une iritis à son début, j'ai toujours pu sauver l'œil qui en était atteint.

J'ai dit que le traitement des affections secondaires était celui qui convenait à l'iritis syphilitique. Les purgatifs mercuriels ou salins simples, les frictions avec l'onguent mercuriel belladoné, la belladone seule, l'atropine, les opiacées pour calmer la douleur et le traitement interne suffisent pour amener la guérison. Je ne suis partisan de déplétions sanguines que dans le cas de pléthore très-marquée. Quant à la térébenthine très vantée, on ne sait pas trop pourquoi, je n'ai jamais eu à m'en applaudir.

Syphilis des jeunes enfants. — Dans le chapitre de l'hérédité de la syphilis de l'introduction, j'ai dit quels étaient les symptômes que l'enfant présentait peu de temps après sa naissance, lorsqu'il tenait la vérole de sa mère et à quelle époque se manifestait chez lui la maladie.

Je n'ai donc plus à m'occuper aujourd'hui que de la thérapeutique antivénérienne chez l'enfant à la mamelle.

Dans un mémoire dont l'Académie de médecine m'a fait l'honneur d'entendre la lecture, j'ai cherché à démontrer que les symptômes syphilitiques des enfants à la mamelle étaient, quant à leur nature, exactement semblables à ceux des adultes; qu'on obser-

vait chez eux les accidents primitifs avec leur virulence et les accidents secondaires avec leur faculté contagieuse. Mais que si l'on voyait alors dans une proportion immense les manifestations secondaires et très-rarement les primitives, cela tient d'abord à cette raison capitale que la syphilis des enfants à la mamelle étant presque constamment héréditaire, c'est avec la forme constitutionnelle qu'elle se traduit; en second lieu, à ce que la marche du symptôme primitif étant très-rapide dans cet âge tendre, et sa transformation en symptôme secondaire ayant lieu dans un temps très-court, il en résulte qu'on arrive rarement à le saisir sur place. D'où il suit que, quand c'est par un chancre et après la naissance qu'un enfant a pris la vérole, on observe à peu près toujours chez lui des symptômes franchement secondaires, lorsque sa mère ou sa nourrice n'en sont encore qu'à l'accident primitif.

Cette observation, j'ai été à même de la renouveler bien souvent, et je suis convaincu que, si ce fait de la rapidité de l'évolution syphilitique des tout jeunes enfants était plus connu, le jour ne tarderait pas à se faire dans bien des histoires de contagion de la syphilis secondaire entre les nourrices et les nourrissons.

Mais que ce soit du fait de ses parents qu'un enfant tienne la vérole, ou bien qu'il l'ait acquise accidentellement après la naissance, elle est manifeste, elle existe à l'état de symptômes secondaires, caractérisés par des altérations de la peau ou des muqueuses ; il s'agit d'en opérer la guérison. A quel médicament devra-t-on s'adresser? quel mode d'administration de ce médicament devra-t-on choisir?

Je n'hésite pas à dire que si, dans des cas très-exceptionnels, on voit des adultes être débarrassés à tout jamais d'une vérole constitutionnelle non douteuse, sans avoir fait aucun traitement spécifique, il n'en est plus de même chez l'enfant en bas âge. Il y aura bien, sous l'influence de simples soins hygiéniques, disparition complète de tous les symptômes; mais, à coup sûr, ils reparaîtront à plusieurs reprises, à des intervalles plus ou moins éloignés et avec plus ou moins d'intensité, jusqu'à ce que, la cachexie arrivant, l'enfant meure dans le marasme, ou par l'impossibilité où il est réduit de résister à quelque affection aiguë intercurrente.

Un de nos jeunes confrères rendant compte, il y a quelques années, de mon service dans un journal de médecine, me faisait dire qu'un enfant vérolé est un enfant mort. Je ne manque jamais depuis cette époque, quand je me trouve devant un fait de syphilis héréditaire, de protester contre cette parole, et les personnes qui suivent ma visite ont pu, dans maintes circonstances, en appré-

cier toute la fausseté et se convaincre, au contraire, de la puissance d'une thérapeutique bien entendue. Mais j'ai pu dire, et je le répète, qu'un enfant vérolé non traité, et non traité par le mercure, est un enfant mort, si ce n'est immédiatement, du moins dans un temps donné.

C'est donc au mercure qu'il faut s'adresser pour obtenir la guérison de la syphilis des enfants nouveau-nés, cela est hors de doute et sans conteste ; mais par quelle voie le fera-t-on pénétrer dans l'économie? Ici est une question plus grave.

Lorsque le mercure entra dans la thérapeutique des maux vénériens, il fut administré à tous les âges, et l'on voit la plupart des syphilographes compter sur son efficacité pour guérir les enfants à la mamelle aussi bien que les adultes. Ainsi Nicolas Massa, Ogier Ferrier, Guyon Dolois, Rivière, de Blegny, Vercelloni, Bell, et beaucoup d'autres, sont d'avis que l'enfant à la mamelle peut, sans danger, subir le traitement mercuriel. Les uns et les autres en variant les préparations et le donnant à l'intérieur ou par la méthode endermique. C'est ce qui a constitué le traitement direct.

Le traitement indirect ou par la nourrice a été préconisé par bon nombre d'autres auteurs syphilographes ou accoucheurs qui, craignant l'influence du mercure sur des constitutions aussi faibles, aussi délicates que celles des enfants à la mamelle, et s'exagérant la gravité des accidents possibles, pensèrent qu'on les éviterait en faisant passer le médicament par le lait de la nourrice, de sorte que l'aliment naturel servirait en même temps et de nourriture et de traitement antivénérien, et ceux qui redoutèrent l'action du mercure sur des mères ou sur des nourrices qui ne présentaient aucun symptôme qui en réclamât l'usage, le firent prendre à des chèvres ou à des ânesses dont le lait était donné à ces enfants. Astruc, Fabre, Burton, Rosen, Faguier et Doublet, dans leurs ouvrages ou dans leurs mémoires spéciaux, se déclarent partisans du traitement indirect. L'accoucheur Levret ne doute pas que le lait mercuriel d'une nourrice assujettie au traitement pendant la lactation ne suffise à la guérison de l'enfant, tandis qu'au contraire il croit que celui-ci peut devenir hydropique, soit pendant le traitement, soit peu de temps après, si l'on emploie les différentes méthodes usitées chez l'adulte.

En voyant une confiance aussi grande dans le traitement indirect, il est assez naturel de penser qu'elle n'est pas le seul résultat du raisonnement, et qu'au contraire elle s'appuie sur des recherches qui auraient démontré la présence du mercure dans le lait des femmes ou des animaux auxquels on l'aurait administré.

Il n'en est pourtant point ainsi, et la théorie du passage du mercure dans le lait n'a été pendant longtemps qu'une pure hypothèse, car on ne trouve nulle part, aussi bien dans les auteurs que je viens de nommer qu'ailleurs, la preuve qu'une analyse chimique ait jamais été faite sérieusement. A la vérité, bien des sottises ont été admises touchant l'action du mercure sur l'économie, et si l'on pouvait croire à sa présence dans différentes parties organiques ou dans les sécrétions, on pouvait sans preuves l'admettre dans le lait. Mais qu'on jette un coup d'œil sur les auteurs qui ont rapporté quelques-uns de ces faits et l'on verra quelle confiance ils peuvent inspirer. Ainsi, c'est Pétronius parlant d'un vénérien traité par les frictions mercurielles sur l'urine duquel, quand il venait de la rendre, on voyait surnager une infinité de globules de mercure. C'est Mussa Brassavole, ayant vu un malade auquel des frictions mercurielles avaient été faites sur les bras et sur les cuisses, pris d'un vomissement abondant et qui, étonné de la pesanteur de la matière vomie, regarda dans le vase croyant y trouver une collection de pituite épaisse et ne vit rien autre chose qu'une grande quantité de mercure rejeté par l'estomac. C'est encore Gabriel Fallope affirmant que le mercure se trouve en quantité dans la salive des malades affectés de ptyalisme mercuriel, et disant que le moyen d'arrêter la salivation est de tenir un anneau d'or dans la bouche pour en soutirer le mercure. Cependant des assertions plus sérieuses ont été émises, et des auteurs d'un certain renom, tels que Zeller et Buchener, affirment avoir reconnu le métal dans la bile, dans le sang, dans la salive et dans l'urine de syphilitiques traités par le mercure; mais ces assertions ont été réfutées par des chimistes non moins recommandables. De nos jours encore, on voit M. Colson, dans un mémoire très-bien fait, inséré dans les *Archives de médecine*, pour 1826, assurer avoir constaté la présence du mercure dans le sang d'individus qui en avaient fait usage, tandis que de son côté un observateur aussi consciencieux qu'habile, M. Devergie, n'a pu réussir par divers procédés à le reconnaître (*Méd. légale*).

La question en était là et l'analyse chimique n'avait encore rien démontré pour le lait, lorsque M. Péligot entreprit des recherches à cet égard. Ce savant distingué a publié dans le numéro de novembre 1836 du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, un mémoire sur la composition chimique du lait d'ânesse, et dans un passage où il traite de la mercurialisation de ce lait, voici ce qu'il dit : « J'ai fait de nombreux essais dans le but de » constater la présence du mercure d'abord dans le lait d'une » ânesse qui prenait chaque jour cinq grains de sublimé corrosif,

» puis dans le lait d'une chèvre à laquelle on a pu sans inconvé-
» nient administrer jusqu'à douze grains. Malgré le soin que j'ai
» mis à cette recherche et la variété des méthodes que j'ai em-
» ployées, il m'a été impossible de constater la présence du métal
» que je cherchais. Il ne faudrait pas en conclure assurément qu'il
» ne s'en trouvait pas dans ces laits, les meilleurs procédés pour
» en reconnaître de très-faibles quantités laissant beaucoup à dé-
» sirer. »

Lorsque je pris le service des nourrices à l'hôpital de Lourcine, je n'avais pas étudié d'une manière spéciale la question du traitement antivénérien des enfants à la mamelle, et, adoptant les idées généralement admises, je traitai un certain nombre d'enfants indirectement par leur nourrice; mais je fus bientôt découragé des tristes résultats que me donnait ce traitement, et j'en arrivai à me demander si le lait des femmes que je soumettais au mercure en renfermait réellement. Je priai M. Lutz, alors pharmacien en chef de l'hôpital, de me faire quelques analyses, et j'appris de lui, comme ensuite de mon honorable collègue M. Huguier, qui m'avait précédé immédiatement dans le service, que l'un et l'autre s'étaient déjà livrés à de pareilles recherches et qu'ils n'avaient jamais obtenu que des résultats négatifs. M. Lutz ne fut pas plus heureux avec le lait que je lui soumis et qui provenait de femmes traitées, les unes par la liqueur de Van Swieten, d'autres par le protoiodure de mercure, plusieurs par les frictions d'onguent napolitain.

Cependant, toujours préoccupé de cette question, je la repris dans le courant de l'année dernière, et, cette fois, je fus puissamment secondé par M. Reveil, notre pharmacien en chef, qui mit dans ces recherches l'empressement le plus louable.

Puis, comme il est difficile d'obtenir une certaine quantité de lait d'une femme qui a un enfant à nourrir, et que l'on disait qu'avec une masse de lait plus grande on arriverait probablement à un résultat positif, je me procurai une chèvre jeune, bien portante, qui avait mis bas récemment, et je commençai des expériences. Je transcris le résumé des notes de M. Reveil, et le procédé qu'il a employé dans les diverses analyses de lait de femme et de lait de chèvre.

« Plusieurs procédés ont été successivement indiqués pour constater la présence du mercure dans le lait; adoptant les idées de M. Mialhe sur l'absorption des préparations mercurielles, j'ai pensé que le sublimé corrosif devait contracter, avec les matières caséeuses, des combinaisons insolubles, dans lesquelles les propriétés du métal étaient masquées, il fallait donc, dans les re-

cherches, s'attacher à détruire ces combinaisons et à ramener le métal à l'état de bichlorure.

» Dans d'autres circonstances, le procédé que M. Millon a indiqué pour rechercher les divers métaux dans le sang m'avait parfaitement réussi ; j'ai voulu l'appliquer à la découverte du mercure dans le lait, et j'ai vu avec plaisir que, de tous les procédés consignés dans les ouvrages, celui que j'ai employé est celui qui m'a toujours le mieux réussi. Voici comment j'ai opéré.

» Le lait a été agité dans des flacons pleins de chlore gazeux, jusqu'à ce que la matière animale fût parfaitement détruite ; à ce moment le liquide, filtré et *chauffé très-légèrement* pour chasser l'excès de chlore, était ensuite traité par l'éther sulfurique dans le but d'enlever le bichlorure de mercure ; l'éther surnageant étant décanté et abandonné à l'évaporation spontanée, il suffisait alors de reprendre le résidu par l'eau distillée, filtrer de nouveau et constater dans le liquide la présence du mercure par l'acide sulfurique et par la lame de cuivre.

» Dans le cours de ces recherches, j'ai constaté la supériorité de la lame de cuivre jaune sur celle de cuivre rouge, et surtout sur les fils d'or ou la pile de Smithson ; cependant je dois ajouter que j'ai toujours employé simultanément les lames de cuivre jaune et rouge ; enfin, pendant que les liqueurs étaient traitées par l'éther, les lames de cuivre étaient plongées dans le liquide.

» A l'aide de ce procédé, voici les résultats que j'ai obtenus.

» Le 24 avril 1851. 100 grammes de lait de femme atteinte de salivation mercurielle abondante à la suite de frictions faites avec l'onguent mercuriel double : *résultat négatif.*

» Le 27 avril. Même quantité de lait provenant de la même femme : *même résultat.*

» Le 29 avril. 100 grammes de lait de même origine traité par le même procédé m'ont donné de grandes quantités de mercure, j'appris le lendemain qu'on y avait mélangé, à mon insu, une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten, soit environ 6 milligrammes de sublimé corrosif.

» J'ai aussi opéré par le même procédé sur la salive d'une femme chez laquelle une salivation abondante s'était déclarée à la suite de l'administration du protoiodure de mercure ; le résultat a encore été négatif.

» Lait de chèvre. Le 10 avril, nous avons fait prendre à une chèvre 5 centigrammes de sublimé corrosif dissous dans de l'eau et mélangé à du son ; le lendemain le lait ne renfermait pas de mercure, j'avais opéré sur le lait fourni dans les vingt-quatre heures.

» Les 11 et 12 avril. Même dose de sel mercuriel; même résultat à l'analyse.

» Le 13, la dose a été portée à 7 centigrammes, et comme la chèvre refusait déjà l'eau de son, c'est dans du pain que le sublimé corrosif lui a été administré; le lait du lendemain ne renfermait pas de mercure.

Le 14, la chèvre refuse de manger du pain; 10 centigrammes de sublimé lui sont administrés dans du tabac qu'elle mange avec avidité, le lait, dans les vingt-quatre heures ne renfermait pas de mercure.

» Le 15, même résultat.

» Le 16, même dose et même mode d'administration, mais l'animal, déjà souffrant depuis la veille, mange le tabac avec répugnance, la sécrétion lactée est considérablement diminuée depuis deux jours.

» Le 16, dans l'après-midi, la chèvre est très-triste, il y a abattement, prostration des forces, fièvre; la personne qui la soigne a cru remarquer une coloration noire très-prononcée des pis; la langue, les gencives ne présentent rien de particulier, cependant la bouche est écumeuse; dans la soirée du 16, on parvient avec peine à extraire 125 grammes de lait qui, soumis à l'analyse, nous a fourni des taches notables de mercure et un précipité par l'acide sulfhydrique, ce qui ne nous permet pas de douter de la présence d'une petite quantité de ce métal.

» Le 17, la chèvre refuse toute espèce d'aliments. Les jours suivants, la fièvre continue, et l'animal mange peu; le 22, elle est tout à fait rétablie, mais il est impossible de lui faire prendre du sublimé corrosif, quel que soit l'aliment avec lequel on le mélange; je me décide à lui administrer le calomel mêlé à des quantités très-grandes de sel marin.

» Le 23 avril, 0,30 centigrammes de calomel mêlé à du chlorure de sodium sont avalés par la chèvre, qui mange ce mélange avec plaisir; le lait du lendemain ne donne rien à l'analyse.

» Le 24, même dose, même résultat.

» Le 25, la dose de calomel est portée à 50 centigrammes; le lendemain, le résultat est encore négatif.

» Le 26, à la suite de l'administration de 75 centigrammes de calomel, les accidents d'intoxication qui s'étaient manifestés dans la journée du 16 apparaissent de nouveau avec plus d'intensité; nous obtenons avec peine 100 grammes de lait très-épais qui, soumis à l'analyse, nous a donné des quantités très-appréciables de mercure; le lendemain, nous en trouvons encore dans 50 grammes de lait. Toute la journée du 27, l'animal est très-triste

et refuse tout aliment, la sécrétion lactée est complétement tarie, la fièvre est très-forte ; cet état dure pendant les journées des 28, 29 et 30 ; le 2 mai, la chèvre mange avec plaisir, mais aussi avec grande défiance ; le lait devient bientôt abondant, mais il ne contient pas de mercure. »

Ainsi, rien dans le lait de la femme, chez laquelle pourtant le mercure avait agi énergiquement, puisqu'il y avait salivation. Rien dans celui de la chèvre pendant les premiers jours, et ce n'est que lorsque l'animal est dans un état grave d'intoxication mercurielle qu'on trouve quelques traces de mercure qu'assurément il serait impossible de doser.

Dira-t-on que le procédé a été vicieux ? Mais d'abord il a été suffisant à reconnaître le mercure dans le lait de la chèvre, alors qu'elle en était saturée ; ensuite, voici un fait qui vient encore prouver en sa faveur. Je mis un jour, à l'insu de M. Reveil, une petite cuillerée à café de liqueur de Van Swieten dans 100 grammes de lait de femme, qui, l'avant-veille, n'avait rien donné à l'analyse. M. Reveil le soumit à son procédé, et le lendemain il m'annonça avec une grande joie qu'il avait trouvé beaucoup de mercure. Je dus m'excuser d'une supercherie qui lui donnait un désappointement scientifique, mais qui pourtant lui prouvait que sa manière d'opérer était probante.

En même temps que ces expériences étaient en cours d'exécution à Lourcine, je priai M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi et préparateur à l'École de pharmacie, avec lequel j'avais plusieurs fois agité la question de la mercurialisation du lait, alors qu'il était élève dans mon service ; je le priai, dis-je, d'entreprendre de son côté quelques recherches. Je lui procurai un litre environ de lait d'une femme qui avait pris pendant deux mois, chaque jour, 5 centigrammes de proto-iodure de mercure et un autre litre provenant d'une femme qui, depuis un mois, faisait des frictions mercurielles.

M. Personne a fait connaître le procédé nouveau d'analyse qu'il a mis en usage ; il a bien voulu m'en donner le résumé dans la note qui suit :

« De nombreuses expériences m'ayant prouvé l'extrême volatilité du mercure à l'état de *bichlorure*, j'acquis, dit-il, la certitude que la température à laquelle on détruisait les matières organiques à l'aide de l'eau régale et du chlore, dans la recherche du mercure, était suffisante pour faire perdre la petite quantité de cet agent qui pouvait se trouver dans les matières soumises à l'expérience, et particulièrement dans le lait. J'ai voulu me mettre complétement à l'abri de cette cause de perte, en évitant absolument la chaleur.

» Voici comment j'ai opéré :

» Le lait est traité par un courant prolongé de chlore à froid jusqu'à ce que la matière caséeuse, bien séparée, soit devenue tout à fait friable. Le liquide est alors filtré ; puis, après en avoir éliminé le chlore en excès, à l'aide de l'acide sulfureux ou d'un sulfite, on le sature par l'hydrogène sulfuré, qui précipite le mercure à l'état de sulfure.

» Cette précipitation est assez lente à se faire ; aussi faut-il pour cela renfermer la liqueur saturée d'hydrogène sulfuré dans un flacon bouché et laisser bien déposer. Le précipité est lavé par décantation à plusieurs reprises, et enfin réuni dans une petite capsule, et séché au bain-marie. On l'introduit ensuite au fond d'un tube de verre bouché et peu fusible ; on le recouvre de petits fragments de chaux vive, puis l'extrémité ouverte du tube est étirée en un très-léger tube en U.

» Il suffit alors, pour mettre le mercure en liberté, de chauffer au rouge le tube ainsi disposé, en commençant d'abord par la chaux, et allant successivement jusqu'au précipité mercuriel qui se réduit en vapeur et est décomposé par la chaux qui s'empare du soufre, tandis que le métal mis en liberté va se condenser en très-petits globules dans le petit tube en U, qu'on a eu soin de refroidir pendant l'opération.

» En opérant ainsi, j'ai obtenu de très-petits globules mercuriels avec lesquels j'ai fait des taches blanches sur des lames d'or, taches qui disparaissaient par la chaleur, caractère qui, dans ces circonstances, ne peut appartenir qu'au mercure. »

D'après ces analyses chimiques, dans lesquelles on ne trouve que des quantités infinitésimales de mercure, devra-t-on s'étonner et des résultats désastreux que m'a donnés le traitement indirect et de la tergiversation des auteurs qui ont blâmé le traitement direct, préférant celui par la nourrice, et qui, plus tard, sont revenus au premier ? Ainsi, Faguier et Doublet, qui, dans un premier mémoire, vantaient beaucoup le traitement indirect, vaincus probablement par l'évidence des faits, rétractèrent leurs éloges et ne craignirent pas de donner le mercure aux enfants. Il faut dire que ces deux auteurs étaient à la tête d'un hôpital qui avait été créé tout exprès pour instituer le traitement indirect. Cet hôpital était celui de Vaugirard ; il fut ouvert en 1780 par les soins du lieutenant de police Lenoir. A cette époque, l'opinion était très-partagée sur le meilleur traitement des enfants syphilitiques à la mamelle, et la croyance était entière dans la transmission possible des symptômes secondaires entre les nourrissons et les nourrices. On n'admit dans cet établissement que des nourrices infectées ou

des femmes grosses également vénériennes et sur le point d'accoucher; de façon que ces femmes pouvaient allaiter des enfants étrangers syphilitiques, sans danger de gagner une maladie qu'elles avaient déjà, et pouvant donner à ces enfants un lait médicamenteux par le traitement qu'elles étaient obligées de subir pour elles-mêmes.

Ce petit hôpital de Vaugirard subsista pendant douze ans, doté d'abord par un impôt mis sur les jeux, puis par les revenus des pèlerins de Saint-Jacques. Il fut ensuite entretenu par l'administration de l'Hôpital général jusqu'à l'ouverture de l'hôpital des Capucins (hôpital du Midi), dans lequel il vint se fondre.

Bertin, qui fut médecin de la division des nourrices à l'hôpital des Capucins et qui, comme on le sait, a écrit un très-bon livre sur la syphilis des enfants, inclina pendant longtemps pour le traitement indirect; mais on voit que sa foi est assez chancelante, et il avoue même que bien souvent, sous son influence, les symptômes ne font que s'adoucir ou disparaître, pour se manifester de nouveau plus tard. Il va même jusqu'à regretter de n'avoir pas mis plus souvent en pratique le traitement direct, car il a eu à s'en louer.

Il semble enfin que ce soit pour ne pas donner un démenti complet aux théories qui avaient fait préférer le traitement indirect, que quelques auteurs conseillent encore de le faire, mais en administrant en même temps le mercure à l'enfant, comme si un semblable compromis n'était pas bien suffisant pour juger la valeur de cette méthode.

Quant au traitement par le lait d'une ânesse ou d'une chèvre mercurialisées, qu'on pourrait supposer plus efficace parce qu'une plus grande quantité de mercure est administrée à la fois à ces animaux, les recherches de M. Péligot, qui n'en a pas trouvé, les analyses de M. Reveil, qui ne lui en ont donné que des traces, sont assurément bien faites pour en démontrer l'insuffisance; et malgré l'historiette de Swédiaur, il est rationnel de croire que le lait de vache, d'ânesse ou de chèvre mercurialisées, donné à des enfants à défaut de celui de femme, ne doit son efficacité qu'à ses qualités nutritives plutôt qu'à des propriétés médicamenteuses. L'éminent syphilographe que je viens de nommer raconte qu'il est à sa connaissance qu'il y a en Europe une famille régnante dont tous les enfants sont nés avec le germe vérolique dans le corps et dont aucun n'a survécu jusqu'à ce qu'on se soit déterminé à administrer le mercure à l'ânesse qui fournissait le lait pour la nourriture du dernier enfant (Swédiaur, tome II, chap. I). Otez ici le merveilleux de la famille régnante, et vous avez le fait très-ordinaire d'un

enfant qui doit la vie à un simple changement d'hygiène. Ces cas-là ne sont pas rares.

J'ai dit en commençant que chez les jeunes enfants la syphilis suivait une marche très-rapide; je dois insister sur ce point, car on voit souvent des enfants de mères syphilitiques naître avec l'apparence de la meilleure santé, être pris à l'âge d'un mois ou six semaines de symptômes caractéristiques, arriver au bout de peu de jours à un état grave et mourir dans un laps de temps très-court, si on laisse marcher leur maladie sans la traiter. Je demande quelle confiance il est permis, dans ces cas, d'accorder au traitement par la nourrice dont le lait ne renfermera que des proportions très-minimes de mercure, et qui encore n'en renfermera qu'après un certain nombre de jours de son administration.

En général, à une maladie à marche rapide, il faut un traitement énergique. Ici, le moyen de l'obtenir plus sûrement, c'est de donner le mercure à l'enfant même, sans craindre son état de faiblesse et en ne perdant pas de vue, au contraire, que plus il est malade, plus grande est la nécessité de le traiter vigoureusement.

On m'objectera, sans doute, que chez ces petits êtres toute l'économie est prise, que leurs organes digestifs surtout sont dans un état de souffrance que ne feraient qu'augmenter les préparations mercurielles. Cette objection est de toute justesse, et c'est parce qu'elle m'a frappé depuis longtemps que j'ai à peu près banni de ma thérapeutique le mercure à l'intérieur chez les enfants à la mamelle et que je me trouve très-bien de l'administrer par la méthode endermique, en frictions et en bains. Je ne prétends pas que le mercure pris à la bouche n'ait rendu de grands services; il a été conseillé par des auteurs trop recommandables, il est actuellement encore prescrit par des praticiens trop haut placés dans la science pour qu'il soit permis de ne pas ajouter foi aux résultats qu'ils disent en avoir obtenus, mais bien certainement il ne peut trouver son application que dans des affections à marche plus lente, et alors que la constitution n'est pas encore trop délabrée, ou bien lorsque, les progrès du mal ayant été enrayés par la méthode endermique, il y a quelque obstacle à sa prolongation, l'emploi du mercure étant cependant encore indispensable.

On ne peut guère administrer le mercure à l'intérieur aux enfants que dissous ou suspendu dans un liquide, car il est difficile de le leur donner sous forme de pilules. C'est, en général, au sublimé qu'on a recours, et on le donne dans du lait, dans une émulsion, dans du sirop ou dans du miel, à la dose d'un vingt-quatrième, d'un vingtième ou d'un seizième de grain. Quelques auteurs ont

conseillé le calomel, à la dose de 10 à 15 centigrammes par jour; mais, de toutes les préparations mercurielles, c'est, sans contredit, celle-là qui a le plus d'inconvénients; car elle purge promptement, et son action antisyphilitique devient tout à fait nulle.

On peut certainement ainsi, et à doses très-minimes, administrer aux enfants à la mamelle à peu près toutes les préparations mercurielles qu'on emploie chez les adultes.

Depuis longtemps on a observé le peu d'action du mercure sur la bouche des enfants, et cela tout aussi bien quand ils le prennent à l'intérieur que lorsqu'ils l'absorbent par la peau; mais ce qui fait le danger de ce médicament à l'intérieur, c'est son influence fâcheuse sur l'estomac et sur les intestins. J'ai vu des enfants être pris de vomissements opiniâtres après des doses très-légères, et, ce que j'ai toujours vu prédominer, c'est l'entérite, qui enlève la plupart des enfants traités de cette manière. Aussi est-ce en vue de prévenir des accidents aussi fâcheux que j'ai remis en vigueur la méthode endermique, qu'à mon sens on a trop délaissée depuis un certain nombre d'années; et voici comment je procède à l'administration du mercure de cette façon : après avoir baigné l'enfant à l'eau de son plusieurs fois, afin de calmer l'inflammation qui peut exister, et afin aussi de prédisposer la peau à une absorption plus facile, je fais faire sur les parois latérales de la poitrine, en remontant vers l'aisselle, une friction avec 1 gramme d'onguent napolitain, un jour d'un côté, le lendemain du côté opposé. Ces frictions doivent être faites doucement, afin de ne pas irriter la peau; elles doivent être prolongées pendant plusieurs minutes.

Deux fois par semaine, je fais suspendre les frictions, et ce jour-là je donne à l'enfant un bain d'eau tiède, dans lequel je fais ajouter de 2 à 4 grammes de sublimé corrosif.

Pour les enfants de deux mois à un an, le traitement, tel que le l'indique, suffit en général, soit qu'il soit nécessaire d'augmenter la dose de l'onguent mercuriel et du sublimé; mais quand les enfants sont plus âgés, on peut, sans inconvénient, porter la dose de la friction à 2 grammes, et celle du sublimé à 6 grammes par bain.

Ma confiance dans les bains mercuriels est beaucoup plus grande pour les enfants que pour les adultes, auxquels même je ne les prescris presque jamais, tant je trouve leur action incertaine; ce qu'il faut probablement attribuer à la différence de la sensibilité de la peau, suivant les âges. Je ne fais qu'un reproche à ces bains chez les enfants, et ce reproche prouve précisément en faveur de leur efficacité, c'est qu'employés tous les jours ils font disparaître

les symptômes trop vite, et qu'aussi bien à l'hôpital qu'en ville, les parents, ne voyant plus de manifestations morbides, croient facilement à une guérison complète et cessent le traitement, malgré les représentations qu'on peut leur faire. Aussi, qu'arrive-t-il? c'est que quand on veut trop se presser d'effacer le symptôme, on ne guérit pas le principe spécifique, et qu'on a des retours d'un mal qui n'a été qu'effleuré, si je puis ainsi dire.

Il est très-rare que les frictions mercurielles faites avec les précautions dont je parle déterminent des accidents locaux d'érythème ou d'éruption vésiculeuse. On comprendra, d'ailleurs, qu'en conseillant de les faire sur les parties latérales du thorax, j'ai eu en vue et d'agir sur une surface large et d'éviter l'action de la pommade hydrargyrique sur des parties où la peau est presque toujours salie et irritée par l'urine ou les matières fécales, comme les jambes ou les cuisses.

Lorsque les parties génitales et l'anus sont, ainsi que cela est très-fréquent, le siége de plaques muqueuses ou d'ulcérations à sécrétion abondante, je les touche quelquefois avec une solution de nitrate d'argent, 4, 6 ou 8 grammes pour 32 grammes d'eau. Mais si la sécrétion est modérée, ou qu'il n'y ait que des tubercules secs, je me contente de lotions d'eau de son, de guimauve, de sureau; mais je fais toujours saupoudrer les surfaces avec de l'amidon, de la farine ou du lycopode, et, autant que possible, je les isole les unes des autres avec du linge sec ou de la charpie.

Quand c'est la peau du visage qui est prise, et il ne faut pas oublier que chez les tout jeunes enfants l'impétigo facial syphilitique est fréquent, on emploiera les mêmes lotions; mais, de plus, les parties malades étant ici exposées à l'air, et la dessiccation s'en faisant facilement, ce qui détermine les déchirures et des fissures très-douloureuses pendant les cris ou l'action de teter, on devra, le plus souvent possible, les recouvrir d'un corps gras quelconque, pommade de concombres, cérat ordinaire, cérat opiacé ou au calomel.

Si maintenant il me fallait donner des observations à l'appui de la méthode de traitement que je propose, je n'aurais que l'embarras du choix. J'ai fait voir à mes deux honorables et excellents collègues de Lourcine, M. Gosselin et Legendre, des enfants qui arrivaient à l'hôpital dans un état affreux et qui, au bout de quinze jours, de trois semaines, d'un mois de traitement, n'étaient plus reconnaissables. Je citerai un cas tout récent, qui est pour moi d'une grande valeur; le voici aussi abrégé que possible: Une jeune femme syphilitique, pendant une première grossesse,

accouche d'un enfant bien portant qui, au bout de cinq semaines, est pris d'accidents secondaires bien tranchés. Je le traite directement par les frictions et les bains mercuriels, la guérison a lieu, et elle se maintient bonne. Deux ans se passent sans manifestations vénériennes chez la mère : nouvelle grossesse, accouchement d'un enfant assez chétif, qui naît avec une bulle de pemphygus sur le côté gauche du thorax sans en présenter ni aux pieds ni aux mains, qui, à six semaines, se couvre de plaques muqueuses, de pustules d'impétigo, et qui, en peu de temps, arrive à un état de cachexie extrême. Cet enfant fut conduit à l'un de nos honorables confrères, médecin des plus distingués des hôpitaux et professeur à la Faculté, qui, reconnaissant avec juste raison la nécessité d'un traitement mercuriel à la mère, le lui prescrivit en déclarant qu'il serait suffisant pour guérir l'enfant qui, d'ailleurs, ne présentait que fort peu de chances de guérison et qui était trop faible pour supporter le traitement direct. Cependant la mère, effrayée de cette sentence et se rappelant les bons résultats qu'avait eus pour son premier enfant le traitement que je lui avais fait subir, m'amena celui-ci. Je déclarai que le cas me paraissait extrêmement grave, mais que s'il y avait quelques chances de vie pour cet enfant, elles étaient dans un traitement administré directement et immédiatement. Ce jour-là même, on fit une friction avec 1 gramme d'onguent napolitain; on la continua sans interruption pendant trois semaines, au bout desquelles les symptômes s'étaient singulièrement amendés; l'enfant a repris de la force, l'état cachectique disparaît, et tout fait présager une terminaison heureuse. Jusque-là, je n'avais pas donné de bains de sublimé, et à cause du temps froid qu'il faisait, et à cause de la faiblesse extrême de ce petit malheureux. Il est actuellement en état de les supporter, et ils contribueront à hâter la cicatrisation de quelques ulcérations qui existent encore. L'enfant a été montré ces jours-ci au confrère qui l'avait vu lors de l'apparition de sa maladie, et j'ai été d'autant plus heureux de cette circonstance, qu'un de mes élèves, qui porte un nom cher à la science, le docteur Dugès (de Montpellier) soutenant, il y a quelques mois, sa thèse sur le traitement des enfants syphilitiques, avait pour juge ce même confrère qui se déclarait partisan du traitement par la nourrice.

J'emprunte encore à ma pratique le fait suivant, qui prouve d'une manière péremptoire la supériorité du traitement direct. Mme X... est infectée par son mari le jour même de son mariage, elle devient enceinte immédiatement, et à deux mois de grossesse elle est couverte de plaques muqueuses, de taches cuivrées, de boutons croûteux dans le cuir chevelu, avec perte des cheveux.

Un traitement par les pilules de Dupuytren est prescrit, mais il est fort mal suivi. Mme X... accouche à terme d'une petite fille très bien portante. A trois semaines, tubercules plats à l'anus et à la vulve : soins de propreté pour l'enfant, traitement mercuriel à la mère qui nourrit. Au bout d'un mois, tout a disparu. A six mois, nouvelle apparition de tubercules à l'enfant; nouveau traitement mercuriel à la mère, bien que depuis l'époque de sa grossesse il n'y ait eu aucune manifestation. Au bout d'un mois encore, guérison de l'enfant. A un an, nouvelle apparition de plaques muqueuses aux parties génitales et à l'anus; mais, de plus, cette fois, éruption pustuleuse de la face, dérangement dans les fonctions du ventre et tendance à la cachexie. C'est alors que je fus consulté. Je proposai d'emblée le traitement direct, mais les parents ne voulurent jamais y consentir, prétendant que le mercure donné de cette manière tuerait leur enfant; on ne voulut même pas permettre quelques bains de sublimé. Je dus céder; mais comme le lait de la mère devenait rare, je fis donner à l'enfant une nourrice à laquelle je fis prendre la liqueur de Van Swieten. Ce traitement fut scrupuleusement suivi pendant trois mois, après lesquels la petite fille était très-bien portante; tout symptôme avait disparu, et ce qui me donnait bon espoir, c'est que la disparition s'était faite moins vite que les deux fois précédentes. L'enfant fut sevrée, elle avait alors quinze mois. A deux ans, elle fut prise d'une fièvre éruptive mal caractérisée et pour laquelle je ne la vis pas; mais je dus penser que c'était une roséole aiguë, lorsque je constatai, alors que tout état fébrile avait disparu, quelques taches jaunâtres sur le ventre et sur la poitrine, et lorsque j'assistai à la manifestation successive de plaques muqueuses aux organes génitaux, à la bouche et au nez, et de pustules d'ecthyma sur diverses parties du corps. Cette fois, les parents étaient bien édifiés sur la vertu du lait mercurialisé; d'ailleurs l'enfant était sevrée, il fallait bien agir directement. Je donnai une solution de sublimé, à la dose d'un seizième de grain, que je portai même à un quart de grain, et je fis prendre, tous les cinq jours, un bain additionné de 4 grammes de sublimé. Au bout de six semaines, tout avait disparu; mais je continuai le même traitement six autres semaines encore. Il y a maintenant huit ans de cela; la petite fille, qui en a dix, est une charmante enfant, fraîche et rose, qu'on ne supposerait pas avoir été tourmentée au commencement de sa vie par une maladie aussi tenace.

Je résume ce travail en disant :

Le traitement indirect ou par la nourrice est insuffisant par le peu de mercure que contient le lait; il est dangereux par le temps

précieux qu'il fait perdre dans une maladie à marche rapide et qui peut avoir promptement une issue funeste.

Le traitement direct est seul efficace; il peut être fait par l'administration du mercure à l'intérieur; mais le moyen le meilleur et le mieux approprié à l'état des organes digestifs, c'est celui par l'absorption cutanée en frictions avec l'onguent napolitain et en bains avec le sublimé corrosif.

CHAPITRE V.

PÉRIODE TERTIAIRE.

Que l'on se reporte à ce que j'ai écrit dans mon introduction sur l'inoculation de la syphilis, et l'on verra que je suis conséquent avec moi même dans la description des symptômes que, contrairement à ce qu'ont écrit quelques auteurs, je divise en primitifs, secondaires et tertiaires. Je sais, j'ai dit combien cette division peut paraître arbitraire, l'élément plastique jouant le rôle principal dans la syphilis, et l'accident tertiaire, qu'il occupe les tissus sous-cutanés ou les organes profonds, étant principalement formés par ce tissu.

Lésions du testicule. — Le sarcocèle syphilitique a été clairement signalé par Astruc ; Astley Cooper et Dupuytren lui ont attaché leur nom, après quelques contestations, et grâce aux travaux des chirurgiens modernes, il a pris rang parmi les phénomènes les plus caractérisés de la vérole.

Son époque d'apparition est très-variable ; on peut dire toutefois que c'est un accident tardif. Rare avant le douzième mois de l'infection, il apparaît souvent après cinq ou six ans révolus. Il est exceptionnel que l'on puisse constater une cause particulière à la manifestation locale, elle est rare toutefois avant ou après la période d'actualité fonctionnelle du testicule. On a signalé l'influence d'une orchite blennorrhagique, et nous pouvons aussi soupçonner celle de toute violence, de toute cause irritante portant son action sur la glande séminale.

L'étude des lésions, aidée du microscope, a démontré péremptoirement leur nature inflammatoire, admise déjà par certains cliniciens (Ricord, *Albuginite*).

C'est d'abord l'inflammation plastique simple, caractérisée par la production d'une substance nouvelle, rougeâtre et demi-liquide, bientôt coagulée, et d'une couleur blanc jaunâtre. Cette substance constituée par des corpuscules de tissu conjonctif en voie d'évolution, est épanchée entre les canalicules spermatiques, et provient du stroma celluleux du testicule, dépendance directe de la tunique albuginée (orchite interstitielle).

Celle-ci s'enflamme aussi, et s'épaissit par la multiplication de ses éléments ; sa face externe ou séreuse se prend, ainsi que le feuillet pariétal de la vaginale. Cette périorchite produit des

épanchements séreux ou plastiques, des adhérences plus ou moins étendues. L'épanchement plastique interstitiel, par son abondance, et plus tard par un travail de résorption comprime les canaux glandulaires et nuit à leur nutrition. Leur contenu devient granuleux, les cellules à spermatozoïdes s'atrophient et disparaissent. Ces épanchements plastiques se font par places circonscrites, en forme de noyaux ou de plaques, qui s'accroissent, peuvent se réunir et envahir toute la glande. Ultérieurement les productions conjonctives s'organisent, se rétractent, deviennent fibreuses. La substance propre disparaît étouffée par compression dans cette masse d'apparence cicatricielle.

M. Blot a mis sous les yeux de la Société de biologie les testicules syphilitiques pris sur un homme mort du choléra, et qui était atteint des accidents tertiaires de la syphilis. On voit, dans les deux testicules, les vaisseaux séminifères remplacés dans les deux tiers de ces organes par une matière grisâtre, élastique, paraissant homogène, et qui, examinée au microscope, se montre entièrement formée par des éléments fusiformes de tissu fibro-plastique.

M. Blot en possède le dessin.

D'autres fois, au lieu de ces éclats d'inflammation plus ou moins diffuse, on trouve de petites tumeurs arrondies, limitées, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une amande, formées par un tissu dense, sec, jaunâtre. C'est la tumeur gommeuse du parenchyme. Développée aux dépens de la trame celluleuse, elle est formée par des éléments nouveaux du tissu conjonctif, à différents degrés d'évolution, et aboutissant à la dégénérescence granulo-graisseuse. Le tissu propre est refoulé, les éléments englobés détruits par compression.

Ces tumeurs peuvent se développer au milieu de tissus sains d'ailleurs, ou bien au milieu des productions fibreuses de l'inflammation diffuse. Anatomiquement elles ne diffèrent du tubercule que par l'absence des granulations miliaires qui forment l'accompagnement obligé de celui-ci (Virchow).

Ces deux formes semblent repondre à des âges différents de l'infection. Mais on n'a pas encore établi de parallèle bien absolu entre les formes anatomiques et les périodes de la syphilis, et la question attend encore de nouveaux faits pour être élucidée.

Il n'y a pas de prodromes appréciables. La douleur sourde, tiraillements lombaires dont on a exagéré l'importance, en signalant l'exacerbation nocturne spécifique, appartient à la période d'état.

L'affaiblissement graduel des facultés viriles attire rarement

l'attention du malade avant la formation de la tumeur. Au commencement on perçoit par la palpation des noyaux indurés, isolés, tantôt arrondis, tantôt sous forme de plaques ou de zones, au milieu d'un tissu doué de sa souplesse normale, ou bien encore de petits grains distincts très-rapprochés et superficiels qui appartiennent à la tunique albuginée. Ces noyaux augmentent de nombre et de volume : ils peuvent en se confondant, envahir le testicule tout entier, et constituer une tumeur arrondie ou piriforme lisse et dure. Le volume de l'organe augmente, et quelquefois rapidement, mais reste toujours dans des limites assez restreintes.

Plus tard ce volume diminue; la tumeur devient inégale et bosselée, et les tissus prennent une dureté d'apparence fibreuse, cartilagineuse, ou même osseuse; il existe fréquemment un épanchement séreux dans la cavité vaginale, mais celui-ci n'est jamais considérable, et disparaît le plus souvent quand la tumeur primitive se résout. Il ne prend d'importance que par les difficultés qu'il peut en certains cas apporter au diagnostic en masquant les symptômes de l'orchite. Les ganglions lymphatiques, inguinaux et lombaires sont parfaitement sains, sauf complication.

Dans la plupart des cas, l'épididyme sain se retrouve à sa place, au début du moins; plus tard il s'aplatit par compression, s'étale et semble disparaître. Tel est le cas le plus fréquent, la forme classique de l'orchite syphilitique, mais l'épididyme peut-il être le siége de tumeurs syphilitiques? Cette opinion admise par les premiers observateurs, a été discutée et niée par la plupart des chirurgiens de notre pays surtout et les faits allégués en sa faveur ont été mis sur le compte d'une affection blennorrhagique antérieure ou concomitante. Cette confusion, maintenant surannée, a été commise par les partisans de la blennorrhagie virulente. Il y a ici une affaire de diagnostic plus ou moins compliquée. Mais il existe des faits non passibles de ce reproche dans lesquels on a trouvé l'épididyme malade, pendant le cours de la vérole, et en dehors de toute influence blennorrhagique actuelle ou passée. Le plus souvent alors l'annexe de la glande séminale est le siége, vers sa tête surtout, de noyaux isolés, d'induration indolente, quelquefois d'un engorgement général, et en même temps le corps du testicule est sain ou plus rarement frappé de la même manière. Presque tous ces faits appartiennent à la période secondaire, et coïncident avec des éruptions exanthématiques, assez souvent intenses et graves. Nous croyons donc devoir admettre, comme exceptionnelle peut-être, mais bien réelle, cette épididymite spécifique signalée particulièrement par MM. Hélot et Dron, existant seule ou avec l'orchite

proprement dite, et analogue aux formes précoces de celle-ci.

Un enfant de cinq ans environ, observé en 1863 dans le service de M. Bergeron à Sainte-Eugénie, présentait en même temps que les traces d'un large chancre induré de la commissure buccale, récemment cicatrisé, un engorgement général indolent d'un épididyme, qui a guéri pendant le traitement mercuriel. Il n'y avait aucun signe d'inflammation uréthrale. J'ai signalé cette épididymite aiguë possible à la période secondaire.

Quoi qu'il en soit, la tumeur est indolente, la peau saine et sans coloration anormale, sauf les cas de complications. Il n'y a d'autre souffrance que le tiraillement tout mécanique exercé sur le cordon ; et l'exacerbation nocturne, sur laquelle ont insisté beaucoup d'auteurs, et complétement niée par d'autres. Le plus souvent le sujet n'est averti de sa maladie que par la constatation accidendelle de la tuméfaction.

La pression n'éveille aucune douleur pathologique. Si l'organe n'est atteint qu'en partie, on retrouve la douleur normale, qui revêt une grande importance lorsque l'infiltration a envahi le testicule tout entier ; car elle indique que sa destruction n'est pas accomplie. Son absence toutefois n'est pas le signe d'un état irrémédiable, elle peut se montrer de nouveau après avoir totalement disparu. Il n'y a aucune réaction générale, mais un phénomène constant et plus marqué si les deux côtés sont pris, c'est l'affaiblissement poussé jusqu'à l'abolition complète des désirs vénériens et des facultés viriles. L'éjaculation de plus en plus rare et difficile, rarement spontanée, produit un sperme séreux, dans lequel nagent des éléments granuleux et dont les spermatozoïdes, de plus en plus languissants, finissent par disparaître complétement ; ce qui n'est pas toujours une preuve de la destruction totale du tissu sécréteur ; car les fonctions génitales peuvent reparaître, et l'on sait que la diathèse syphilitique peut amener cette cessation de fonctions, par simple anémie sans lésions organiques de la glande séminale.

Le début du mal est obscur, la marche généralement chronique, quelquefois rapide, surtout dans les véroles malignes. Le plus souvent, abandonnée à elle-même l'orchite syphilitique met des mois et même des années pour arriver à la destruction totale, celle-ci semble être fatale, au moins pour la partie affectée, si l'art n'intervient pas.

Les symptômes d'acuité sont toujours dus à une complication, comme une orchite blennorrhagique intercurrente, une violence extérieure, et disparaissent plus ou moins rapidement selon la nature de la cause.

Les deux testicules se prennent à peu près toujours si la maladie est abandonnée à elle-même, mais successivement, et à un intervalle fort variable, quelquefois presque en même temps, souvent au bout de plusieurs mois, et même de plusieurs années, et souvent la désorganisation est avancée du côté primitivement frappé, lorsque l'autre ressent l'impression diathésique.

Après une durée indéterminée, l'orchite se termine par atrophie fibreuse, ou par résolution, si le traitement convenable est appliqué à temps; sous son influence, la tumeur diminue, l'induration se résout, l'appétit vénérien reparaît en même temps que la puissance virile, le sperme reprend ses qualités normales, et ce changement se fait dans un temps assez court, l'amélioration se montre souvent dès les premiers jours, et la guérison complète en quelques semaines.

Il est admis en France que la terminaison par ulcération n'existe pas, et cette proposition est généralement exacte pour notre pays, mais il n'en paraît pas être ainsi partout. Il y a lieu de se demander avec M. Gosselin (notes à Curling) s'il ne faut pas rapporter à la syphilis tous ou presque tous les cas d'orchite chronique simple, suivis ou non de fongus, qui paraissent avoir été fréquentes en Angleterre. Récemment encore on a pu produire des faits sérieux de ce genre (Curling, Rollet, de Méric), des deux côtés de la Manche. M. Ricord, d'après des observations personnelles, a cru devoir rejeter l'interprétation de ces faits, et les mettre sur le compte d'une tumeur gommeuse suppurée des bourses, mais dans ce cas, on n'aurait pu observer que l'issue totale du testicule à travers l'ouverture accidentelle; ce qui du reste avait paru à M. Deville être un fait constant dans le fongus bénin. Mais cette opinion n'a pu s'accorder avec la constatation des canaux séminifères mis à nu dansla tumeur extérieure fongueuse,en particulier dans des faits rattachés à l'orchite spécifique. Il faudrait alors admettre qu'une gomme a provoqué une orchite secondaire, avec perforation de l'albuginée, et c'est réellement aller trop loin dans la voie de l'hypothèse; nous croyons donc devoir admettre la terminaison par ramollissement et ulcération, la formation du fongus, comme terminaison réelle du sarcocèle vénérien, mais exceptionnelle dans notre pays, et partout où le traitement prudent et rationnel de la diathèse rend rares la cachexie spécifique et l'affaiblissement général par l'abus du mercure. La tumeur gommeuse des bourses et surtout celle qui se développe dans le tissu celluleux qui sépare le testicule de l'épididyme et de la partie inférieure du cordon peut simuler l'orchite proprement dite, mais revêt des caractères différents par sa localisation spéciale, et sa

marche rapidement suppurative; nous aurons à revenir sur ce sujet.

L'apparition de l'orchite témoigne de l'activité progressive de la diathèse; la gravité varie suivant l'état de la santé générale et la nature des manifestations concomitantes. La fonction est sérieusement menacée, abolie peut-être, si le traitement n'intervient pas à temps. Mais la puissance curative de l'iodure de potassium fait presque complétement disparaître le danger; le pronostic dépend uniquement de la précision du diagnostic, et de l'époque où les ressources thérapeutiques sont mises en usage.

Jadis le testicule était amputé sous prétexte de cancer, maintenant on peut presque à coup sûr préserver même la moindre partie qui a résisté, et sauver la fonction. Si le tissu glandulaire est complétement détruit, le tissu fibreux cicatriciel fait les frais d'une guérison relative et le malade évite toujours une sanglante mutilation.

Vidal a démontré, trop longuement peut-être, que la glande peut reprendre après la guérison son volume normal, et même éprouver une hypertrophie par surexcitabilité fonctionnelle, comme dans le cas de monorchidie originelle.

Le diagnostic est basé sur la marche chronique et indolente, le siége même dans le corps du testicule, la présence de bosselures tendant à se confondre, le volume médiocre, l'absence de suppuration, la rareté de la localisation définitive d'un seul côté, l'existence d'une syphilis plus ou moins ancienne, enfin et surtout l'action curative rapide du traitement.

Le tubercule du testicule se distinguera tout d'abord de l'orchite spécifique par la prédominance des lésions de l'épididyme, la tendance à la suppuration des points engorgés, souvent l'état général scrofuleux et la présence de tubercules pulmonaires. L'erreur est donc facile à éviter pour la forme ordinaire, si surtout on ajoute à cela la rapidité de la guérison dans celle-ci, et sa résistance presque absolue dans l'orchite tuberculeuse.

La coïncidence d'un noyau blennorrhagique ancien dans l'épididyme, avec une orchite spécifique, peut donner lieu à des difficultés; l'analyse de l'étiologie, l'action du traitement pourront les lever. Nous en dirons autant de la coïncidence d'une orchite vénérienne avec des tubercules préexistants. La formation de tumeurs nouvelles, sous l'action d'une vérole dont on connaît l'évolution, et leur disparition sous l'influence de l'iodure potassique permettront de soupçonner, et bientôt confirmeront l'existence de cette complication.

Le cancer, squirrhe ou encéphaloïde, présente des erreurs plus

graves et plus insidieuses. Autrefois, avons-nous dit, cette confusion était habituelle, et a causé plus d'une mutilation regrettable. Les douleurs sont également nulles, le plus souvent, le siége apparent au moins, est le même, le squirrhe est bosselé et dur comme l'orchite au début ou à la période de rétraction; l'encéphaloïde, lisse, dur, piriforme, comme celle-ci à une période plus avancée. L'existence bien constatée ou soupçonnée de l'infection met sur la voie. Les caractères propres de l'induration par zones et par plaques multiples caractérisent déjà l'orchite pour une main exercée; tandis que celle-ci suit sa marche bénigne bien connue, le cancer adhère bientôt à la peau, les veines se dessinent, les ganglions se prennent aux régions inguinales et lombaires; les douleurs se déclarent, la tumeur s'ulcère et la cachexie s'établit. Le traitement reste sans aucune action. L'erreur, le doute même ne peuvent être que de peu de durée; il faut alors agir comme dans le cas le plus favorable, et l'administration du traitement amènera la guérison ou au contraire la fâcheuse certitude. Il ne faut pas oublier que les tumeurs malignes du testicule sont presque toujours unilatérales; et que l'orchite spécifique a au contraire la plus grande tendance à se répéter des deux côtés.

Tout ceci s'applique à certaines tumeurs fort rares, qui semblent n'être que des formes du cancer, comme les kystes perlés, ou autres, tumeurs mixtes, dont la marche moins rapide peut-être que dans les formes simples, n'en est pas moins fatale et réfractaire au traitement général ou local.

L'orchite chronique d'emblée simple est extrêmement rare, et il faut sans doute rapporter à la syphilis tous les cas décrits sous ce nom. (Voyez la discussion de ces faits par M. Gosselin.— Notes à Curling.) Même évolution, même traitement, tout est semblable, sauf la cause qui n'est pas signalée.

Les engorgements chroniques qui succèdent à un état aigu, ont généralement une cause connue, l'épididyme est aussi atteint.

Nous ferons une réserve pour quelques cas exceptionnels d'abcès centraux, de kystes suppurés, à étiologie inconnue, dont la marche fort lente et non influencée par les moyens thérapeutiques, fera soupçonner la nature, en l'absence surtout de la diathèse.

L'orchite vénérienne, avec épanchement vaginal (hydrosarcocèle), peut être prise pour une hydrocèle simple; mais, outre que le plus souvent cet épanchement peu considérable permet de reconnaître la tumeur principale, l'évacuation du liquide en révélera bientôt tous les signes caractéristiques.

L'hydrocèle à parois épaisses, et l'hématocèle de la tunique

vaginale ancienne, peuvent donner lieu à méprise. Mais tout d'abord le volume de celle-ci est généralement plus considérable, une tumeur du volume du poing n'est jamais un sarcocèle vénérien. De plus on retrouvera souvent le corps du testicule avec ses caractères de rondeur et de sensibilité, à sa place naturelle, en haut et en arrière. — L'état longtemps stationnaire, le souvenir d'une tumeur liquide avec ses caractères ordinaires, d'une violence extérieure ancienne, l'inutilité du traitement enfin, feront arriver au diagnostic, légitimeront une opération dont le résultat sera péremptoire.

Nous ne pouvons insister sur le diagnostic de l'épididymite syphilitique; ici il faut tout d'abord chercher dans l'analyse de l'étiologie, de la marche, des indications thérapeutiques, les caractères d'une lésion dont l'authencité même est révoquée en doute.

Le fongus bénin syphilitique n'a de particulier que sa cause et son traitement; nous ne nous y arrêterons pas davantage, et pour les mêmes raisons.

L'emploi des mercuriaux a été préconisé, mais pour arriver à un résultat satisfaisant il les faut employer largement, et aux doses les plus élevées qu'autorise la pratique, sans que nous admettions toutefois avec Curling la nécessité d'une salivation prolongée.

Le mercure peut être employé seul, si surtout le sarcocèle syphilitique se montre dans la période secondaire, dans le courant de la première année ; ou encore si aucun traitement spécifique n'a été employé. On pourra recourir au traitement mixte, c'est-à-dire à l'usage des mercuriaux et de l'iodure de potassium administrés, soit ensemble, ou bien à des heures différentes. Mais ce traitement n'est sérieux qu'à la condition d'être énergique et par là même non sans quelques inconvénients.

Le remède héroïque, celui que l'on peut appeler spécial, c'est l'iodure de potassium qui doit au moins faire tous les frais du traitement, lorsque la manifestation diathésique appartient à une vérole ancienne. C'est à lui que se rapporte tout ce que nous avons dit du traitement, au point de vue du pronostic et du diagnostic. La dose employée est aussi d'une grande importance : il faut débuter par 1 gramme au moins, et porter rapidement à 2, 4, 6 et même 8 grammes, selon l'effet plus ou moins marqué, et nous n'avons ici aucune des contre-indications, aucune des conséquences fâcheuses que l'on peut attribuer au mercure.

Les doses plus faibles manquent souvent le but, et l'on voit des tumeurs traitées longtemps et sans succès avec 30 ou 50 centigrammes, fondues rapidement si le médicament est employé avec

cette hardiesse sans dangers qui nous est familière depuis les travaux de M. Ricord. Si les malades sont anémiés ou cachectiques, s'il y a en même temps quelque vice constitutionnel, il faut combattre les accidents par les moyens appropriés. Le quinquina, le sulfate de quinine à faible dose, qu'affectionnent nos voisins d'outre-Manche, le fer, les eaux minérales, etc., seront employés avec avantage, concurremment au traitement spécifique et surtout après lui. Je ne m'étendrai pas sur la lésion de l'épididyme qui rentre pour ce que nous en savons dans l'histoire de l'orchite précoce; ni sur le fongus syphilitique, si tant est qu'il existe; le traitement de celui-ci est le même que dans les accidents tertiaires. Les indications locales sont du domaine de la chirurgie proprement dite, et nous n'avons aucun scrupule à renvoyer le lecteur aux mémoires spéciaux écrits sur cette question encore controversée.

Maladies du tissu cellulaire. — Des gommes. — Les gommes sont des tumeurs plastiques formées aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané ou du tissu cellulaire ou conjonctif des divers organes où elles constituent ce qu'on a nommé la syphilis viscérale, comme nous le verrons en traitant cette question. C'est l'induration syphilitique du tissu conjonctif; le plus souvent elle existe seule; quelquefois elle résulte de la lésion de la peau ou de la muqueuse qui la recouvre : on observe cette affection du tissu conjonctif à une période avancée de la syphilis; son siége le plus ordinaire est à la face externe des membres où elle conserve longtemps de la mobilité. Elle fait une saillie très-prononcée et est connue sous le nom de *nodus*. Il est rare mais non pas extraordinaire qu'elles se pédiculisent. Les tumeurs occupent souvent le tissu conjonctif du scrotum où elles donnent lieu à des erreurs de diagnostic, comme nous l'avons vu au sarcocèle syphilitique formé par le testicule lui-même. J'ai dit qu'elles envahissaient le tissu conjonctif des viscères. Assez communes dans le cerveau, il est rare, mais non sans exemple, qu'elles occupent les nerfs des membres; j'en ai vues dans le nerf médian qui ont très-bien cédé à l'influence du traitement antisyphilitique. Il m'a semblé en reconnaître aussi dans le nerf sciatique, mais le malade n'est pas resté dans mon service assez longtemps pour que je puisse constater le changement que j'attendais du traitement. On les voit aussi dans le tissu des muscles et dans la langue qu'on dit être rembourée par des noyaux de pêches. Elles ont dans l'un et l'autre cas un volume qui varie d'une noisette à une noix. Elles sont d'abord dures, peuvent se résorber ou être le siége d'une demi-fluctuation, ou bien devenir tout à fait fluctuentes. Sous la peau et les muqueuses elles se colorent en rouge brun foncé et finissent par une ulcération qui



Picart sc.

E. MÉQUIGNON MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

PLANCHE LXXII.

Gommes de l'avant-bras chez un homme de trente-cinq ans.

A. Gommes encore dures; cependant la peau est déjà un peu rose. On sent aussi près d'elles la tuméfaction produite par l'épanchement plastique du tissu cellulaire.

B. Gomme plus avancée; la tumeur plus grosse; un peu de ramollissement central. Au pourtour, l'épanchement plastique encore dur, la peau plus rouge.

C. Gomme ulcérée depuis dix jours; on voit bien le kyste purulent; il n'y a que peu d'induration périphérique.

La malade a eu un chancre il y a six ans, des symptômes secondaires légers trois mois après. Pas de traitement du chancre autre qu'un traitement local. Traitement mercuriel interne, bien suivi pendant trois mois, par le protoiodure. Cinq ans de bonne santé apparente. Pour le symptôme actuel, iodure de potassium, de 1 à 4 grammes. Guérison parfaite.

est caractéristique. Leur ramollissement complet est formé par une matière qui ressemble à de la gomme diluée plutôt que par une véritable suppuration. Quelquefois il n'y en a qu'une; le plus ordinairement il y en a plusieurs : M. Cazenave, dans son *Traité des syphilides*, a vu un malade qui en présentait une cinquantaine : ces cas sont rares.

La gomme éliminée donne lieu à une sorte de caverne limitée par une coque ou par un kyste qui n'est réellement guéri que lorsqu'il est détruit dans son entier et qu'il donne lieu à une cicatrice qui est inégale, déprimée et qui laisse un stigmate indélébile.

Les gommes ne se bornent pas toujours au tissu cellulaire : l'épanchement plastique envahit aussi les organes eux-mêmes; ainsi pour les muscles ce n'est pas rare, bien que souvent c'est leur tissu cellulaire qui est seul pris,

Longtemps ignorée, l'influence de la syphilis sur les tissus tendineux et musculaires a été dans ces derniers temps l'objet d'études de la part de Philippe Boyer, de M. Ricord, de M. Lebert, de M. Bouisson qui en fait une véritable monographie, et enfin de Virchow dans sa *Syphilis constitutionnelle*, sans compter beaucoup d'auteurs qui en ont présenté plusieurs observations.

La maladie des muscles se reconnaît par une contracture qui est rare sans lésions anatomiques; cependant Melchior Robert en a cité un exemple dans les muscles biceps chez un malade atteint d'un psoriasis syphilitique et d'une iritis. M. Bouisson, de son côté, regarde cette affection comme commune. Il l'a observée, dit-il, sur les muscles de l'avant-bras et sur ceux de l'œil. D'après Virchow, c'est une dégénérescence dure du tissu cellulaire des muscles qui occasionne la contracture.

Il est difficile, par l'inspection anatomique, de dire si le tissu conjonctif est seul pris, ou si les muscles participent à sa dégénérescence : cependant M. Ricord a signalé pour le cœur la dégénérescence du tissu propre à l'exclusion du tissu conjonctif. M. Lebert, dans son ouvrage, donne un dessin qui prouverait que M. Ricord a raison.

C'est, comme l'a indiqué M. Bouisson, dans les muscles fléchisseurs que la lésion a lieu. Vidal (de Cassis) cite un exemple de ces tumeurs dans le droit antérieur de la cuisse. La dégénérescence musculaire ou du tissu conjonctif est une maladie chronique qui se développe d'une manière très-lente et à laquelle le malade ne fait attention que lorsque déjà elle a altéré les fonctions des muscles. Ce sont des indurations circonscrites, consistantes, que le toucher reconnaît dans l'épaisseur des muscles, et il y a, si un

traitement rationnel n'intervient pas, une véritable atrophie musculaire qui entraîne après elle une contracture permanente. M. Bouisson a décrit trois degrés de la formation de ces tumeurs, et, avec juste raison, il insiste sur la fonte de ces épanchements plastiques qui sont analogues au ramollissement des gommes dont ils ne paraissent en définitive qu'une variété ; il admet la terminaison par ossification et il en cite un exemple dans le muscle psoas : c'est possible, mais je n'ai jamais observé cette terminaison.

Les tumeurs gommeuses, soit qu'elles occupent le tissu cellulaire sous-cutané, soit qu'elles siégent dans le tissu conjonctif des organes, ne se font voir qu'à une époque en général très-éloignée de l'affection première, et plusieurs années après que celle-ci a existé; aussi doivent-elles être considérées comme un symptôme tardif. Les gommes des organes profonds et des muscles sont précédées ordinairement par la maladie des os, mais quelquefois c'est le contraire qui arrive.

L'anatomie pathologique de ces tumeurs a été déjà faite dans l'introduction à cet ouvrage et sera faite aussi dans les gommes viscérales.

On voit que le pronostic de cette affection est, en général, grave, parce qu'elle indique une syphilis très-généralisée, mais il est certain aussi que la maladie est très-accessible au traitement dirigé contre elle, et qu'elle est susceptible de guérison avant d'avoir parcouru les périodes que j'ai indiquées. Il m'est arrivé souvent d'être sur le point de faire l'ouverture de gommes ou de périostoses ramollies et d'avoir recours au traitement surtout par l'iodure de potassium, et voir le ramollissement se résorber.

A cette altération du tissu cellulaire sous cutané on a rattaché celle qui m'a paru être dans le tissu fibreux du corps de la verge, principalement à la partie antérieure, mais je dois déclarer que j'ai vu cette induration à la verge chez des individus d'un certain âge sur lesquels il ne m'était pas possible de reconnaître le moindre symptôme syphilitique. Cette maladie diffère des gommes en ce sens qu'elle est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et que le traitement interne n'a pas la même valeur que pour la gomme véritable. Cependant c'est une affection qui tourmente beaucoup les malades, malgré leur âge, parce qu'elle rend le coït difficile ou même impossible. Dans le chapitre de la *blennorrhagie*, j'ai indiqué l'induration du corps caverneux comme conséquence de l'inflammation uréthrale, mais dans ce cas j'en ai presque toujours obtenu la guérison ; dans ce cas aussi c'était un des côtés de la verge qui était le plus ordinairement pris, tandis

que dans l'état que je décris maintenant, c'est le plus souvent la partie antérieure.

Maladies des os et de leurs annexes. — Nous étudierons simultanément l'inflammation syphilitique du tissu osseux, du périoste et de la moelle dont l'histoire ne pourrait être qu'artificiellement scindée.

Dans certains cas, le périoste offre les signes vulgaires de la phlogose, vascularisation, formation de lymphe plastique, de pus, avec nécrose ou carie de l'os sous-jacent (périostite phlegmoneuse).

Plus fréquemment la membrane d'enveloppe des os est soulevée, ou épaissie par infiltration de son tissu, et constitue une tumeur (périostose). La production nouvelle, solide ou liquide, formée par des éléments embryonnaires de tissu conjonctif, parcourt l'évolution que nous avons indiquée en faisant l'histoire de l'anatomie pathologique. C'est la gomme du périoste.

Tantôt l'exsudat est liquide, visqueux, susceptible d'être résorbé ou de passer à la suppuration, c'est la périostite gommeuse.

Dans une autre forme, la périostite plastique qui nous paraît seulement une variété de la tumeur gommeuse, le tissu nouveau est solide, d'abord gélatineux, puis sec et jaunâtre par la dégénérescence granulo-graisseuse des éléments. La tumeur, le plus souvent saillante, peut aussi être logée dans une dépression de l'os, et celui-ci participe, sans doute, à sa formation par le développement des éléments conjonctifs, et la résorption du tissu fondamental, véritable ostéite sur laquelle nous reviendrons.

Cette production plastique peut se résorber. Ailleurs, elle s'organise complétement, et se transforme en tissu osseux (exostose épiphysaire).

Nous connaissons moins les lésions de la moelle. Dans plusieurs faits, sur les os longs, comme sur les os plats, elle a été trouvée à l'état de masse lardacée ou phymatoïde; Lebert et Virchow y ont constaté l'organisation de la gomme; à cette dégénérescence se joignaient les caractères anatomiques de l'ostéite profonde. Mais il reste encore à faire l'histoire de l'ostéomyélite simple, liée bien certainement, dans les cas ordinaires, à l'existence de cette ostéite, et de l'exostose parenchymateuse.

Les lésions du tissu osseux sont les troubles vulgaires causés par l'inflammation, élargissement des canalicules, vascularisation exagérée, résorption de la graisse médullaire, suppuration, nécrose et quelquefois carie. Mais ils se groupent souvent d'une manière spéciale.

Nous trouvons tout d'abord la raréfaction inflammatoire, sans

suppuration, improprement appelée carie sèche, produisant, à la superficie, des os plats surtout, des cavités étoilées, infundibuliformes, creusées dans un tissu raréfié et spongieux au début, plus tard épaissi et sclérosé.

Elles s'entourent bientôt d'un bourrelet osseux de nouvelle formation, poreux d'abord, qui se condense à son tour ; les cavités sur les os plats mêmes, s'arrêtent le plus souvent au diploé, et se doublent à la face opposée, de productions ostéophytiques, analogues au bourrelet de la périphérie, et formées comme lui par le perioste. Dans des cas exceptionnels, la rencontre fortuite des deux foyers juxtaposés produit la perforation complète.

Le périoste offre à ce niveau les signes d'une périostite plastique, cause première de cette atrophie, suivie de sclérose, qui laisse à sa suite, après résorption, une dépression de l'os, toute semblable à la cicatrice déprimée du *lupus non excedens.*

Cette forme d'ostéite s'observe surtout à la face externe du crâne, mais aussi à la face interne et sur les os longs.

Mais l'ostéo-périostite syphilitique suppose souvent, et produit la nécrose superficielle. Le séquestre présente à sa surface libre des rugosités, des vermoulures, dues à l'inflammation gommeuse qui a, antérieurement à la nécrose, élargi par résorption les canaux vasculaires, et détruit en partie le tissu enflammé. Ce qui prouve que l'ostéite atrophique est susceptible de suppurer.

Virchow insiste sur l'importance de ce caractère du séquestre, pathognomonique de la nature spécifique de la nécrose.

Car dans toutes les autres nécroses diathésiques ou accidentelles on ne trouverait jamais ces vestiges d'une ostéo-périostite subaiguë. La nécrose serait toujours due à une périostite rapidement suppurée, sans atrophie préalable, ou à une mortification en masse venant de la profondeur. Mais ces processus morbides appartiennent aussi à la vérole, et d'après les explications ingénieuses du professeur de Berlin, la vermoulure caractéristique ne pourrait s'y produire ; elle appartiendrait donc exclusivement à la syphilis, mais sans y exister constamment.

Quoi qu'il en soit, le séquestre se détache de l'os vivant par un bord dentelé à angles arrondis, formé de segments de cercles : forme signalée par M. Follin, qui en fait un caractère spécifique, comparable à l'apparence de certaines syphilides annulaires ou semi-annulaires. Sur ces bords, l'os sain se recouvre d'ostéophytes, comme dans la carie sèche, qui changent en dépression le niveau de la partie mortifiée.

La nécrose centrale ou en masse est due à l'ostéomyélite. Nous n'avons rien de particulier à signaler, sauf le peu d'épaisseur des

productions osseuses qui, sous forme de lames minces, enveloppent l'os nécrosé, bien différentes des couches épaisses qui envahissent les séquestres vulgaires, et surtout des productions spongieuses et abondantes de la nécrose par le phosphore.

Ici, comme dans toutes les lésions profondes de la syphilis, le travail réparateur est pauvre. Les tissus morts éliminés, la cicatrisation se fait sur les bords de l'os conservé qui se sclérose, sous un volume réduit, sans aucune tendance à la reproduction de la partie détruite. Le périoste végète maigrement, et l'ossification n'envahit pas, même partiellement, les cicatrices déprimées, qui bouchent plus ou moins complétement les pertes de substance.

La nécrose peut encore être consécutive à une lésion ulcéreuse ou suppurante des parties molles adjacentes à l'os, comme au nez, au palais, où la muqueuse se confond entièrement avec le périoste, souvent alors des parties d'os, ou des os entiers, tombent décortiqués par la suppuration qui envahit leur surface.

La carie est rarement syphilitique, et due toujours peut-être au réveil de la diathèse scrofuleuse, qui imprime une forme spéciale à l'ostéite spécifique; disons seulement qu'on a signalé comme plus fréquente la carie des côtes (Melchior Robert). L'ostéite syphilitique, après suppuration surtout, peut entraîner l'inflammation par propagation, des parties adjacentes, des méninges, des centres nerveux, des séreuses articulaires, des muqueuses intra-cavitaires, etc.

On peut dire, en général, que les lésions osseuses appartiennent à la période tertiaire, se montrant une ou plusieurs années après l'infection; presque constamment précédées par la série des accidents superficiels, secondaires, elles coïncident avec les lésions profondes des téguments et des viscères. Leur limite extrême ne peut être assignée, elles peuvent apparaître tant que dure la diathèse, et nous savons combien est difficile à certifier la guérison radicale.

Tout en rendant un légitime hommage aux travaux qui ont élucidé la marche régulière de la syphilis, il nous faut convenir que des faits assez nombreux échappent à la règle. Sans parler des véroles graves, à marche précipitée, dont les accidents se succèdent rapidement, il y en a d'autres où les lésions osseuses apparaissent peu de mois après l'infection, en même temps que les accidents secondaires proprement dits. Chez les nouveau-nés, le système osseux peut se prendre d'emblée, alors même que les parents n'étaient affectés que des symptômes précoces.

Peut-être pourra-t-on établir dans le système, comme à la peau et dans certains viscères, une relation contre la nature anatomique

des accidents, et l'âge de la diathèse auquel ils correspondent. Mais ce n'est encore qu'une hypothèse, tout aussi bien que l'opinion ingénieuse du docteur Bassereau, qui attribue les douleurs rhumatoïdes prodromiques à une congestion phlegmasique des tissus fibreux et du périoste, analogue à la roséole.

Réelles, mais rares dans la syphilis infantile, les lésions osseuses appartiennent surtout aux périodes avancées de la syphilis acquise. Aussi ne les voit-on guère dans la seconde enfance et dans le jeunesse, tandis qu'elles forment un contingent considérable des accidents observés dans l'âge mûr et la vieillesse.

Leur siége de prédilection sur les parties superficielles du squelette fait présumer que les agents extérieurs, traumatiques ou autres, ne sont pas sans influence sur leur apparition.

Leur rareté et leur bénignité relatives à notre époque et dans les pays où l'on met en pratique un traitement rationnel, prouvent bien clairement l'action prophylactique de celui-ci; nous n'avons qu'à nous reporter aux descriptions de nos devanciers, ou seulement des médecins contemporains, qui observent dans des pays où l'emploi du mercure est négligé, en Orient surtout, malgré l'influence favorable des climats chauds, et nous nous convaincrons facilement que la cause principale des altérations osseuses, comme de tous les accidents graves, est l'absence d'un traitement bien conduit.

La douleur revêt ici des caractères tout particuliers; on lui a donné le nom de *douleur ostéocope*.

Limitée à un point fixe, circonscrit, le plus souvent augmentée par la pression, elle offre dans ses manifestations spontanées des variations fort importantes.

Pendant le jour, dans l'état de veille, elle est continue, mais sourde, tolérable ; par le séjour au lit, vers la nuit par conséquent, elle augmente d'intensité, devient atroce, intolérable, produit la sensation de la perforation de l'os par une tarière (douleurs térébrantes); jusqu'au milieu de la nuit les souffrances vont en augmentant, puis décroissent, et quelquefois vers le matin permettent un peu de sommeil.

Cette exacerbation nocturne caractéristique est due à la chaleur du lit, car elle est déplacée par les variations que provoquent les habitudes professionnelles ou autres, dans les heures accoutumées du lever et du coucher; se montrant le jour chez ceux qui se mettent au lit lorsque le soleil se lève, comme les boulangers, et disparaissant chez ceux qui passent en voyage, par exemple, plusieurs jours sans repos.

Ces caractères ont fait placer par tous les observateurs les

douleurs ostéocopes à un rang particulièrement important dans la sémiologie et le diagnostic; car elles affirment à la fois le siége anatomique et la valeur spécifique de leur cause.

Elles se distinguent des douleurs rhumatoïdes prodromiques, par leur siége dans la continuité des os, leur fixité, leur circonscription; des douleurs rhumatismales, par le siége aussi, et par l'exacerbation nocturne qui s'oppose nettement au soulagement produit, dans le cas opposé, par la chaleur et le repos; de toute douleur névralgique, simple ou syphilitique, par l'absence d'irradiation dans la direction des cordons nerveux.

Les caractères des douleurs ostéocopes sont ceux de l'inflammation des os, en général, mais avec une netteté et une intensité qui en font toute la valeur.

Elles apparaissent comme premier phénomène local, bientôt suivies d'une tumeur ou des signes matériels de l'inflammation osseuse. Dans ce dernier cas, et surtout dans les formes phlegmoneuses, la douleur ostéocope fait place à la douleur vulgaire du phlegmon ou de l'abcès.

La lésion est le plus souvent sous-cutanée à la voûte du crâne, à la face, aux clavicules, au sternum, aux côtes, au tibia, vers sa face interne ou sur sa crête. On y perçoit une tuméfaction tantôt vague et diffuse, tantôt saillante et limitée.

L'ostéite est superficielle ou profonde. Dans le premier cas le gonflement est sensible, suivi quelquefois d'empâtement et de rougeur des téguments. Il se forme un abcès qui, ouvert spontanément ou par le chirurgien, laisse à nu l'os le plus souvent nécrosé.

Ailleurs se dessine une tumeur, indolente, molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau (périostose). Elle peut suppurer aussi, consécutivement. Il en sort du pus phlegmoneux d'abord, mélangé de débris de tissus mortifiés, véritable bourbillon, puis du pus séreux caractéristique de la lésion osseuse. La plaie ainsi formée peut revêtir les caractères des ulcérations tertiaires, mais ce n'est pas le fait ordinaire, et le plus souvent elle ne diffère pas des fistules osseuses vulgaires.

D'autres fois, la partie liquide se résorbant, la tumeur devient dure, diminue et disparaît, ou bien s'organise et se désossifie. La périostite plastique est solide dès le début, et diffère en cela de la variété précédente.

La tumeur en disparaissant peut laisser à sa place une dépression du tissu osseux, exagérée encore par un rebord osseux de nouvelle formation, ce qui est, sans doute, l'origine de l'exostose annulaire décrite par Melchior Robert d'après M. Ricord.

Si la tumeur persiste et s'ossifie, elle constitue l'exostose épiphysaire.

Dans l'ostéite profonde, la tuméfaction est moins rapide et moins nette, jusqu'à ce que l'inflammation ait gagné les couches superficielles : elle peut aussi se terminer par résolution simple, par exostose (parenchymateuse) ou hyperostose, par suppuration enfin, par carie ou nécrose.

Une fois établies, la carie et la nécrose ne diffèrent, pour les deux cas, que par les caractères du volume et des rugosités du séquestre. Les parties mortifiées se détachent lentement. Le foyer inflammatoire s'étend soit par la production de nouveaux foyers, soit par l'accroissement du premier. Au bout d'un temps variable, toujours si long, si surtout le mal est abandonné à lui-même, les plaies se nettoient et la cicatrisation se fait. Mais le plus souvent la réparation est insuffisante ; les cicatrices minces et rétractées adhèrent aux os. Les pertes de substance persistent telles quelles, laissant une partie du cerveau sans protection solide, la bouche communiquant largement avec le nez ; la saillie de cet organe affaissée et même changée en dépression, entraînant aussi de dangereuses et horribles difformités.

A la base du crâne et dans la bouche les douleurs propres manquent souvent. Le premier signe est alors la tumeur déjà ou bientôt fluctuante ; et rapidement l'élimination du séquestre amène la perforation.

Dans la cavité du nez, où l'ostéite envahit souvent le vomer, ces signes locaux manquent. Le passage de l'air est gêné, quelquefois une céphalée nocturne se produit, bientôt suivie d'un écoulement purulent horriblement fétide, avec des parcelles d'os. L'odeur de macération osseuse est très-accentuée, et suffit souvent pour reconnaître le genre de la lésion osseuse. Enfin la peau de la base du nez se gonfle, rougit, devient parfois emphysémateuse, l'abcès s'ouvre, les os propres du nez sont éliminés en masse, et la saillie nasale disparaît plus ou moins complétement. Si le mal siége dans des parties profondes, inaccessibles, à la face interne du crâne, sur le rachis, ou ailleurs, car toutes les régions du squelette peuvent être, bien que plus rarement, tributaires de la vérole, les symptômes physiques sont absents, les douleurs ostéocopes manquent ou sont méconnues ; il n'y a que des troubles fonctionnels. Le cerveau et la moelle comprimés ou enflammés traduisent leurs souffrances par les phénomènes qui leur sont propres, du côté de l'intelligence, du sentiment et du mouvement ; et si la suppuration arrive, soit par le fait d'une ostéite profonde d'emblée, ou par extension d'un foyer inflammatoire

superficiel, le danger est très-grand ; car le plus souvent alors la mort survient après d'atroces douleurs.

Au début, l'ostéite syphilitique est généralement facile à reconnaître, si surtout la préexistence de la diathèse est constatée ; et souvent même les caractères tranchés de la lésion suffisent à en affirmer la nature : ce sont les douleurs ostéocopes, l'apparition spontanée d'une tumeur sur un point superficiel du squelette, et dans beaucoup de cas, la marche lente, l'absence de réaction locale et de suppuration.

Les douleurs rhumatoïdes ne peuvent causer de difficultés que dans les cas anormaux où elles existent en même temps, et alors l'éveil est donné par la fixité de certains points douloureux, avec exacerbation nocturne, qui tranchent sur l'ensemble des douleurs mobiles et fugaces, siégeant surtout au niveau des jointures.

L'ostéite traumatique sera différenciée par le souvenir de la cause, les traces physiques d'une violence extérieure, et enfin par la marche plus rapide avec résolution presque constante.

Dans le rhumatisme, les douleurs dans la continuité des os sont au second plan, et les manifestations caractéristiques siégent au niveau des jointures.

La scrofule cause des difficultés autrement importantes, puisque des auteurs recommandables n'ont pas hésité à rapporter à la vérole des faits que nous attribuons à la scrofule (scrofuloïdes).

Les deux maladies peuvent apparaître à tout âge, mais la scrofule de préférence dans la seconde enfance et la jeunesse, l'autre, au contraire, dans l'âge viril et la vieillesse.

L'ostéite plastique sera rarement embarrassante, à cause de sa physionomie toute spéciale. Mais dans la forme phlegmoneuse il n'en est plus de même. La différence est basée sur de simples nuances. Dans la syphilis, la lésion est plus circonscrite ; elle occupe de préférence les os plats et la diaphyse des os longs, tandis que la scrofule siége surtout sur les os courts et spongieux.

La carie est presque toujours de cause strumeuse, mais la nécrose appartient aux deux maladies.

L'existence de l'infection, l'absence de la constitution scrofuleuse et des maladies antérieures, peuvent encore fournir à l'analyse de précieux éléments.

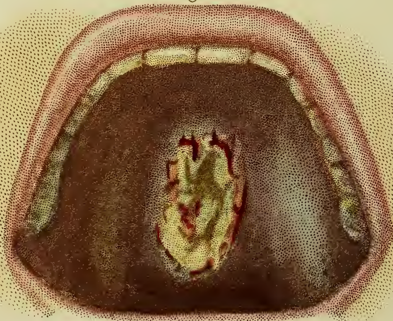
Rappelons pour mémoire les caractères indiqués plus haut : forme arrondie des pertes de substance, vermoulure des séquestres, et la ressemblance que peut affecter la plaie des parties molles, avec les ulcérations spécifiques tertiaires.

Mais si le sujet est scrofuleux, les difficultés du diagnostic aug-

Pl. 73.

Fig. 1.

Fig. 2.



Annedouche sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros.

PLANCHE LXXIII.

Fig. 1. — *Ostéite des os du nez.*

Tuméfaction rouge, douloureuse à la pression et à l'état ordinaire. Pas d'odeur de macération osseuse. Gommes ulcérées des amygdales dont l'une est cicatrisée Le sujet a eu la vérole autrefois : chancre induré. Symptômes secondaires. Plusieurs traitements mercuriels non suivis La maladie actuelle dure depuis quatre mois. Traité par l'iodure de potassium. Le sujet a voulu quitter l'hôpital au bout d'un mois, très-amélioré, mais non guéri.

Fig. 2. — *Ostéite de la voûte palatine avec ulcération du voile du palais.*

Suppuration abondante; rien au début dans la phonation. Plus tard, nécrose de la voûte palatine, odeur de macération osseuse prononcée. Chute des portions d'os nécrosés. Communication large de la bouche avec les fosses nasales.

Il y a douze ans, chancre induré, puis symptômes secondaires graves : roséoles, plaques muqueuses, tubercules cutanés, etc. Traitement mercuriel incomplet et mal suivi. Pour l'affection actuelle, iodure de potassium. Avulsion des séquestres. Guérison avec perte de substance, et plus tard obturateur.

mentent par la confusion qui en résulte, d'autant plus que l'on a contesté à la syphilis le fâcheux privilége de réveiller la prédisposition qui sommeille, et de produire indirectement des accidents non spécifiques, qui s'entremêlent à ceux qui lui sont propres, et en modifient le caractère. Ce n'est donc que par la connaissance approfondie par l'analyse minutieuse des signes de tout ordre que l'on peut retrouver le fil de la vérité ; de plus, un traitement énergique et bien institué amènera souvent la guérison rapide qui appartient exclusivement, mais non constamment, à la diathèse qui nous occupe : mais celle-ci peut traîner en longueur malgré tout, tandis que la scrofule peut, dans nombre de cas, guérir assez vite.

La nécrose phosphorée est difficile à méconnaître par sa cause, par son siége spécial aux mâchoires, par sa marche progressive, par l'abondance si caractéristique du tissu spongoïde.

L'intoxication mercurielle a causé plus de difficultés de doctrine que de diagnostic : on ne connaît authentiquement que l'ostéite qui succède à la stomatite, et dont la nature est vivement accusée par cette circonstance. Il est au moins douteux que le mercure ait jamais produit une ostéite d'emblée, et les faits de cette nature apportés par les antimercurialistes n'ont pu supporter une critique impartiale et consciencieuse.

Lorsque la lésion siége profondément, il n'y a que les signes indirects déjà signalés. Il faut donc que l'esprit soit toujours en éveil et que la moindre incertitude sur la nature des accidents, cérébraux ou médullaires surtout, amène à l'application d'un traitement souvent efficace si la supposition est vraie, et sans danger dans le cas contraire.

Les accidents qui occupent les cavités de la face doivent faire songer tout d'abord à la syphilis ; les signes en sont tout aussi caractéristiques, et c'est, on peut le dire, le domaine privilégié de cette diathèse.

La syphilis osseuse indique une infection ancienne et persistante ; par là même, elle est toujours d'une certaine gravité, variable d'ailleurs selon la forme particulière, le siége, l'état général.

L'ostéite plastique est, tout étant égal d'ailleurs, la moins grave, restant plus longtemps curable, n'entraînant guère d'accidents locaux, et aboutissant, dans la pire prévision, à une des variétés d'exostose.

L'ostéite suppurée, après une durée presque toujours longue, laisse à sa suite des pertes de substance, des cicatrices déprimées, peu importantes sur les membres et les parties recouvertes, mais entraînant à la face des difformités repoussantes, et des troubles



Annedouche sc

E. MÉQUIGNON-MARVIS ÉDITEUR
PARIS.

Imp. Geny-Gros

PLANCHE LXXIV.

Nécrose du frontal avec suppuration chez une femme de soixante et un ans.

Antécédents syphilitiques mal définis. A trente-cinq ans, a eu une poussée de gommes sur différentes parties du corps. Plus tard, gommes avec nécrose du frontal et gommes multiples de la jambe droite.

En 1861, nouvelle nécrose du frontal. Propagation de la phlegmasie à la paupière supérieure et à l'œil droit, qui a été perdu.

Morte d'épuisement, en juillet 1861, à la Salpêtrière (service de M. le docteur Follin). A l'autopsie, altération syphilitique du foie, gommes multiples des poumons et de la rate. Traitée sans succès par le mercure et l'iodure de potassium.

---

fonctionnels gênants. Au crâne, au rachis, les accidents formidables sont à craindre. La compression du cerveau, de la moelle et des troncs nerveux qui en émanent, l'inflammation des méninges, entraînent souvent la mort après des souffrances très-grandes.

L'obscurité du diagnostic vient encore ajouter au danger du malade, en lui enlevant souvent les ressources d'une thérapeutique qui, appliquée résolûment et à temps, place les accidents de cette nature parmi les moins redoutables de la redoutable série des accidents cérébraux.

La multiplicité des foyers inflammatoires, la longueur des suppurations, peuvent, indépendamment de toute autre cause, épuiser les forces, causer le marasme, et produire ces lésions viscérales ultimes indiquées sous le nom de *lésions passives*.

Les moyens locaux sont de plusieurs ordres. Au début, les applications résolutives peuvent être de quelque utilité, et en première ligne les vésicatoires répétés, qui calment passagèrement les douleurs, puis les préparations d'iode, teinture ou solution aqueuse iodurée, pommades. Les autres fondants ne méritent guère qu'on s'y arrête. On ne croit plus guère à l'action spécifique des mercuriaux en topiques. L'onguent napolitain, toutefois, a une certaine valeur comme résolutif, et son action locale peut être aidée par l'absorption sur une échelle, d'ailleurs, peu importante.

La suppuration réclamera pendant un temps l'application des émollients qui ne tarderont pas à céder la place aux excitants, parmi lesquels l'iode tient encore le premier rang.

La nécrose présente les mêmes indications que dans les cas vulgaires. Il faut évacuer les clapiers, faciliter et hâter l'issue des séquestres, les indications deviennent plus impérieuses dans le voisinage des organes importants, où il importe, même au prix d'une opération, d'accélérer la guérison, et d'éteindre un foyer inflammatoire toujours menaçant.

Les pertes de substance qui succèdent à la guérison peuvent être, en certains cas, justiciables des moyens chirurgicaux, de l'autoplastie simple ou périostique. Mais il faut attendre que la diathèse soit enrayée dans sa marche, et qu'on n'ait plus à craindre une récidive.

La prothèse offre des ressources importantes, et ses services ne se font pas payer par le risque d'une difformité plus grande, comme il peut arriver pour une opération sanglante qui échoue.

Exostose et hyperostose. — Si l'exostose tire son origine d'une périostite plastique, elle n'est pas tout d'abord adhérente à l'os, mais contiguë, ou séparée par une lame de tissu conjonctif d'é-

paisseur variable. Pendant un certain temps, la production nouvelle peut être décollée de l'os ancien ; elle en diffère par la disposition des éléments, canalicules et corpuscules osseux, dont le groupement est perpendiculaire à la surface osseuse sous-jacente.

C'est l'exostose épiphysaire. Son volume est très-variable, elle est bien limitée, saillante, et sa surface est rarement régulière, mais bosselée, stalactiforme.

Il faut bien distinguer de l'exostose, les végétations osseuses périostiques, qui environnent les foyers inflammatoires suppurés ou non.

L'exostose parenchymateuse, au contraire, est constituée par le gonflement de l'os lui-même, dont les lames sont écartées par l'épanchement plastique. Elle est due à une ostéomyélite ou à une ostéite profonde primitive moins bien limitée, elle offre une surface plus régulière que l'autre variété.

Lorsque l'ostéite a envahi toute l'épaisseur d'une diaphyse, la tumeur est fusiforme, si la tuméfaction est diffuse, mal limitée, porte sur une portion d'os considérable, ou sur un os entier, on lui donne plus particulièrement le nom d'*hypérostose*.

Le tissu qui forme la tumeur, grenu, puis fibroïde dans la première variété, spongieux et aréolaire, dans la seconde, est susceptible de se condenser, de devenir compacte. C'est ce qu'on appelle l'éburnation, plus fréquente et plus rapide pour l'exostose épiphysaire.

Les tumeurs peuvent être uniques, ou multiples, soit sur le même os, ou surtout sur des os différents, et souvent symétriques. Leur volume varie d'une saillie à peine perceptible, à un volume considérable, des deux poings, ou même au delà, surtout dans la variété parenchymateuse.

Les tissus ambiants restent étrangers au travail inflammatoire, parfaitement sains, sauf quelques altérations de voisinage dues à la compression.

Les lieux d'élection des exostoses sont les parties du squelette qu'envahit de préférence l'ostéite, les surfaces osseuses superficielles : clavicule, tibia, etc. Sur les os plats la saillie est plus fréquemment vers la table externe, mais quelquefois aussi vers l'intérieur, et même dans les deux directions à la fois.

Aucune partie du système osseux n'en est complétement à l'abri.

Nous ne savons rien de précis sur la cause qui imprime au travail inflammatoire spécifique la forme plastique.

On peut, sans doute, invoquer une influence diathésique moins

énergique, une constitution du sujet, plus robuste, qui résiste mieux à l'atrophie et à la suppuration. Il peut, du reste, y avoir coïncidence de diverses manifestations pathologiques.

Au début, ce sont les mêmes signes que dans l'ostéite ou la périostite plastique. Les douleurs ostéocopes sont à peu près constantes, sauf l'exception déjà signalée de la face et de la base du crâne. La tumeur se forme ensuite, adhérente à l'os, avec tous les caractères que nous avons énumérés. La dureté osseuse indique le passage de l'épanchement plastique à l'exostose.

La partie malade étant le plus souvent superficielle, la vue et surtout le toucher constatent ce que nous avons dit de la saillie plus ou moins limitée, de la forme arrondie ou irrégulière. Il n'y a plus alors de sensibilité anormale à la pression. La peau ne change pas de couleur. Mais il peut survenir des troubles secondaires variés : les mouvements peuvent être gênés par l'augmentation de poids du membre.

Les muscles refoulés fonctionnent mal, et même s'atrophient par compression. Les veines sont aplaties, et l'obstacle à la circulation amène la dilatation des branches d'origine, et l'œdème du tissu cellulaire. La même influence agissant sur les troncs nerveux, cause des douleurs névralgiformes, bien distinctes des douleurs ostéocopes. Ceci se voit surtout dans les régions limitées par des parties résistantes, où se pressent de nombreux organes, dans les anfractuosités de la face en particulier : de même l'œil peut être repoussé de sa cavité.

Dans le voisinage des jointures, il peut en résulter le déplacement des extrémités articulaires, des luxations complètes ou incomplètes.

La compression des centres nerveux, des gros troncs qui en émanent, amène des troubles intellectuels, sensitifs et moteurs, qui correspondent au siége de la tumeur.

Dans les régions profondes, dans l'intérieur des cavités inaccessibles à l'exploration directe, l'exostose ne se trahit que par ces symptômes rationnels.

Le développement est en général assez lent, mais variable, continu ou irrégulier. La production nouvelle peut diminuer, et se dérober complétement par les seuls efforts de la nature, ou le plus souvent sous l'influence du traitement. Au bout d'un certain temps, lorsque la tumeur a atteint l'éburnation, elle n'a plus aucune tendance à disparaître, et devient réfractaire à toute influence interne.

Le diagnostic est en général facile, si surtout le siége est superficiel. Les douleurs ostéocopes et la tuméfaction osseuse sont carac-

téristiques de la diathèse, alors même qu'elle n'était pas connue. On a particulièrement insisté sur la valeur de l'exostose médio-palatine qui, malgré son indolence, serait un signe à la fois certain, constant et précoce. Mais ces affirmations sont exagérées : il faut d'ailleurs se défier de la saillie normale, chez plusieurs, de la suture interpalatine qui simule une tumeur.

Les exostoses non spécifiques diffèrent par beaucoup de caractères, par le siége, par la marche.

L'exostose symétrique, récemment décrite (Soulier, thèse de Paris, 1864), est multiple, débute dans le jeune âge, et suit l'accroissement des os.

L'exostose rhumatismale est rare ; elle s'accompagne de lésions articulaires qui dominent la scène et en indiquent la nature.

La saillie d'un cal vicieux a pu donner lieu à des erreurs dont il suffit d'être prévenu.

Les autres tumeurs des os, enchondrome, kystes, etc., se distinguent par un ensemble de caractères sur lesquels nous ne pouvons insister.

Nulle part ailleurs que dans la syphilis nous ne trouvons une tumeur adhérente à l'os, de même consistance, précédée et accompagnée de douleurs ostéocopes.

Mais le diagnostic des exostoses profondément placées est beaucoup plus embarrassant : car il se base uniquement sur l'analyse des troubles fonctionnels, qui seul pourra amener à la présomption d'une tumeur dont la nature sera soupçonnée d'après les antécédents du malade et les accidents coexistants.

Le résultat du traitement, d'un précieux secours déjà dans le cas de tumeur accessible, est ici plus important encore, à cause de l'absence de signes précis. Il faut, dans les cas douteux, y recourir énergiquement. A une époque avancée du mal, les médicaments dits spécifiques perdent toute action. Il faut donc agir le plus tôt et le plus rapidement qu'il est possible, surtout dans ces cas douteux où une lésion grave des centres nerveux met en danger immédiat les jours du malade.

Le pronostic dépend du siége de la tumeur, de son ancienneté. En elle-même elle est bénigne, à peine cite-t-on quelques faits d'ostéite suppurée, secondaire à une exostose. Mais les douleurs ostéocopes produisent un état de souffrance des plus pénibles, surtout dans la variété parenchymateuse, qui en revanche devient plus lentement réfractaire.

Mais les phénomènes secondaires peuvent revêtir la plus haute gravité, amener la mort, et au bout d'un certain temps les moyens généraux perdent toute efficacité, ce qui ne laisse plus que le

choix entre la persistance de la tumeur et une opération sanglante. La difficulté du diagnostic, dans l'exostose profonde, du crâne et du rachis surtout, augmente de beaucoup le péril, en causant souvent une temporisation déplorable.

Les moyens internes sont les mêmes que pour l'ostéite non suppurée, c'est-à-dire le traitement mixte, et surtout l'iode sous ses diverses formes.

Les applications locales sont peu importantes. Au début, les vésicatoires calmeront passagèrement au moins les douleurs ostéocopes, l'iode et ses dérivés, en teinture ou en pommade, pourront rendre quelques services.

Si la tumeur est réfractaire, le plus souvent il faut la respecter. Mais si elle cause une gêne notable, si de plus elle est accessible, on pourra avantageusement recourir à l'extirpation, ou à la résection soit partielle, soit totale, de l'os malade.

Tumeur blanche syphilitique. — J'ai parlé en ses lieux et place de l'arthrite blennorrhagique que quelques auteurs n'ont pas craint de considérer comme étant de nature syphilitique. Il y a cependant de notables différences de cet accident de la blennorrhagie et de celui qui peut être déterminé par la syphilis : dans l'un, le début est aigü, dans l'autre au contraire il est essentiellement chronique. L'un se voit sur les individus qui n'ont pour antécédents que la maladie locale, pour l'autre il faut de toute nécessité qu'il y ait eu des phénomènes diathésiques.

L'inflammation spécifique peut envahir les articulations, soit directement d'emblée, soit par l'extension de l'ostéite d'une extrémité articulaire.

Dans ce dernier cas, les signes et les indications d'une arthrite accidentelle viennent se joindre à la maladie originaire.

Si la synovite est primitive, on pourra percevoir l'épaississement gommeux par places de la séreuse, et les signes ordinaires de l'arthrite chronique. Le début sur un sujet diathésé, en dehors de toute autre cause, la marche lente sans tendance à la suppuration, pourront donner quelques doutes, et faire naître l'idée de l'arthrite spécifique, dont la tumeur blanche n'est que l'expression, et dont les lésions occupent un siége qui ne leur est pas habituel. Ce qui le prouve, c'est qu'à l'autopsie de sujets syphilitiques qui ont succombé à une tumeur blanche, l'anatomie pathologique a été la même que celle des gommes, des périostoses ou de l'ostéite des autres régions. Si les antécédents syphilitiques d'une tumeur blanche ne sont pas connus, je mets au défi l'histologie la plus exacte de dire si les lésions pathologiques sont ou non le résultat de la diathèse spécifique.

Mon honorable collègue le docteur Richet a publié, dans le tome XVII des *Mémoires de l'Académie de médecine*, un remarquable travail sur les tumeurs blanches, dans lequel il rapporte plusieurs cas où la syphilis est en cause. Il y traite de la synovite avec ou sans épanchement. Pour lui, l'intermittence joue un grand rôle dans toutes les affections syphilitiques. Mais, pour moi, ce phénomène n'a pas la valeur qu'il lui attribue, car on l'observe aussi chez les individus rhumatisants.

Dans quelques cas, j'ai été à même de constater sur des sujets, dont les antécédents n'étaient pas douteux, un gonflement du tissu cellulaire sous-synovial qui n'était pas autre chose qu'une vraie gomme disparue sans ramollissement sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium. Le docteur Follin rapporte l'histoire d'un malade qui portait dans la synoviale des plaques indurées qui simulaient tellement un fongus articulaire, qu'un chirurgien avait proposé de combattre cette tumeur blanche par le fer rouge ou par le couteau. Le malade a très-bien guéri au moyen de la médication spécifique.

Mais l'inflammation de la séreuse est plus souvent la conséquence de l'ostéite de l'extrémité articulaire. Je ne l'ai guère observée qu'au genou avec tuméfaction chronique du fémur.

M. Richet dit l'avoir vue à l'extrémité supérieure de cet os : je crois l'avoir constatée au coude, au bas de l'humérus ; je conseillai l'iodure de potassium, dont un mois après le malade se trouvait très-bien. Il y avait moins de gêne dans les mouvements, mais je ne pus vérifier une guérison complète, le malade n'étant plus revenu chez moi.

La tumeur blanche franchement syphilitique a échappé à beaucoup de praticiens qui ont méconnu sa cause spécifique ; mais, grâce aux travaux récents, elle sort de l'obscurité, et l'on ne saurait la nier.

L'ankylose en est souvent la terminaison : elle est le plus souvent incomplète, et elle tient probablement à ce que le traitement spécifique n'est employé que trop tard.

Les fistules sont ici rares, à moins qu'il n'y ait gommes suppurées ou nécrose de l'os.

La tumeur blanche de cause rhumatismale ou scrofuleuse peut se voir chez un sujet qui a eu des symptômes de vérole, mais tout à fait en dehors de la diathèse. Dans ce cas, si les symptômes ne sont pas accentués, il sera toujours prudent d'avoir recours, tout en soignant la maladie articulaire, au traitement spécifique, qui a ici d'autant moins de danger qu'il peut s'adresser sans inconvénients aux lésions articulaires.

La tumeur blanche syphilitique est une maladie complexe qui nécessite une médication générale.

Dans les rares cas où ces données ont été appliquées, la guérison lente à venir, a exigé l'application des moyens locaux, conjointement à l'action du traitement interne, que l'on administre contre la maladie du tissu cellulaire, soit contre celle du tissu osseux et de ses annexes.

De la syphilis viscérale.— La syphilis viscérale, qu'on pourrait aussi bien nommer syphilis interne puisque les produits qu'elle engendre sont l'analogue de ceux que nous observons directement dans les tissus que nos regards peuvent atteindre, est une question toute d'actualité, qui commence à sortir du cahos, mais dont on exagère la précision; ce dont on peut se convaincre quand on voit, comme dans quelques ouvrages ou mémoires récents, des lésions de tissu déclarées syphilitiques de par l'analyse histologique, alors qu'on ne trouve pour antécédents vénériens chez le sujet que des blennorrhagies ou les cicatrices de bubons qui ont suppuré.

En parlant de la syphilis viscérale, on n'a guère eu en vue que les lésions pathologiques de la période tertiaire, bien que, comme je l'ai dit en traitant des symptômes secondaires, les organes internes n'échappent pas aux lésions de cette période. J'ai décrit l'érythème des canaux hépatiques, ictère syphilitique de Gubler, celui de l'intestin, entérite syphilitique secondaire. J'ai indiqué certaines congestions de la même époque, l'épididymite aiguë, la paralysie faciale congestive, certaines irritations oculaires, utérines, ovariques ou vaginales. C'est donc là déjà de la syphilis viscérale. Mais comme cette syphilis est en général très-légère, qu'elle ne met pas la vie en danger, qu'elle ne peut être constatée que par sa symptomatologie, et que l'anatomie pathologique n'en peut que très-exceptionnellement être faite, elle n'offre en définitive que des données incertaines, et elle devait moins fixer l'attention que celle dont les lésions sont palpables.

La syphilis viscérale est d'autant plus importante à étudier que les lésions graves auxquelles elle donne lieu cèdent fréquemment à nos moyens thérapeutiques, et que ce n'est pas seulement une question d'amphithéâtre.

Quelques-uns des auteurs qui depuis le xve siècle ont écrit sur la syphilis n'ont pas manqué de parler des lésions viscérales qui se rattachent à cette maladie, et s'il en est qui lui ont attribué à tort certaines altérations, telles que le cancer, le tubercule, ou l'ont considérée comme cause d'affections, telles que la goutte et le rhumatisme, il n'est pas moins vrai de dire qu'un certain

nombre d'entre eux ont entrevu, sinon décrit, une partie des altérations viscérales syphilitiques

Abstraction faite de ceux qui regardaient le foie comme le siége primitif, le foyer de la syphilis, on doit citer Bonet, Morgagni, Astruc et beaucoup d'autres, qui signalent à la surface du foie ou d'autres organes, l'existence de gales, de pustules qui paraissent n'être que ce que nous appelons aujourd'hui des gommes.

Disons cependant que la syphilis viscérale a trouvé des opposants. L'un des premiers fut Hunter, qui ne pouvant ajouter foi aux observations fort incomplètes de ses devanciers, nia la plupart des lésions internes de la syphilis. Pour lui, et c'est là une idée juste qui manque seulement de généralisation, la syphilis s'attaque de préférence à certains tissus, la peau, les os, le tissu fibreux. Il admet par conséquent des affections osseuses et des altérations syphilitiques des toiles fibreuses ou aponévrotiques.

A. Cooper, bien que partageant en grande partie ces opinions, est à peu près aussi incrédule en fait de syphilis viscérale; néanmoins on lui doit la première description de l'albuginite syphilitique, c'est lui qui a fait connaître le testicule vénérien, précédant ainsi sur ce point les travaux de Dupuytren et de M. Ricord.

Parmi les auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de la syphilis viscérale, nous devons placer en première ligne M. Rayer, qui, dès 1829, signalait déjà certaines lésions des reins qu'il rattachait à la cachexie syphilitique.

Plus tard, MM. Ricord, Gubler, Schutzenberg, Yvaren, Leudet, Robin, G. Lagneau, Zambaco, Gros et Lancereaux et plusieurs autres encore en France, MM. Knarre, Hildebrand, Gildenney et Hoyack, en Allemagne, et enfin les professeurs Frerichs et Virchow, ont fait connaître au moins une grande partie des lésions viscérales syphilitiques.

En s'en tenant à l'étymologie du mot *viscéral*, nous n'aurions à parler ici que des organes dont les fonctions concourent à la digestion et à la nutrition, mais l'usage a prévalu, et sous la dénomination de syphilis viscérale on comprend généralement l'étude des lésions des organes internes dues à la modification de l'organisme par le fait de l'absorption du virus syphilitique.

Considérées dans leur ensemble, ces lésions présentent des formes anatomiques assez bien déterminées, mais qui sont loin encore d'être aussi parfaitement caractérisées que les différentes formes de la syphilis cutanée.

Frerichs réduit à trois ces divers états anatomiques qui sont pour le foie, l'hépatite interstitielle, l'hépatite gommeuse et la dégénérescence amyloïde cérumineuse ou lardacée.

Virchow n'admet pas comme se rapportant directement à la syphilis la dégénérescence amyloïde des organes, mais cependant il constate l'existence de plusieurs formes anatomiques de syphilis viscérale : c'est, pour le foie, la périhépatite, l'hépatite interstitielle, l'hépatite gommeuse ; il parle aussi de l'hépatite cicatricielle. Ces mêmes formes ont été vues dans d'autres organes par le professeur de Berlin ; aussi admet-il une orchite interstitielle et une orchite gommeuse, une myocardite simple ou interstitielle, et une myocardite gommeuse.

Nous avons pu vérifier la justesse des observations de M. Virchow. En nous fondant sur les faits qu'il rapporte et sur ceux que nous avons vus, nous croyons qu'il y a lieu d'admettre, en fait de syphilis viscérale, trois formes anatomiques distinctes pouvant se rencontrer dans la plupart des organes. Ces formes sont : 1° la forme inflammatoire interstitielle ; 2° la forme gommeuse ; 3° la forme cicatricielle ; cette dernière n'est qu'un mode de terminaison des deux formes précédentes et plus particulièrement de la forme gommeuse.

La forme inflammatoire interstitielle se rencontre de préférence dans les organes riches en tissus fibreux, tels que le foie et le testicule ; c'est pour le foie une cirrhose particulière et pour ainsi dire spécifique ; elle consiste dans une épaisseur plus ou moins considérable des enveloppes fibreuses de ces organes et des cloisons qui en émanent. Après un certain temps, le tissu de nouvelle formation se rétracte comme ferait un tissu cicatriciel, et la surface de l'organe se trouve parsemée de sillons profonds qui limitent de gros lobules et donnent au foie, par exemple, un aspect assez analogue à celui du rein des jeunes animaux. C'est là l'hépatite interstitielle de Frerichs et de Virchow, qui ne s'est guère rencontrée jusqu'ici que chez des individus atteints de syphilis.

Dans le testicule on constate également fort bien l'épaississement de la tunique albuginée et des cloisons qui en partent, mais en général la surface de l'organe est moins déprimée.

Dans le cœur, cette même forme constitue la myocardite du professeur Virchow, c'est une substitution du tissu fibreux au tissu musculaire. Mais on a vu dans quelques cas les poumons atteints de pneumonie chronique chez des individus syphilitiques, et il est à présumer que cette altération peut avoir parfois quelque liaison avec la vérole. Certaines formes de néphrite interstitielle

sont encore du domaine de cette maladie, au dire du professeur Virchow.

En résumé, de l'exposé qui précède il semble résulter qu'une inflammation lente, consistant en une production de substance conjonctive nouvelle, en une hyperplasie du tissu conjonctif, ainsi qu'on le dit en Allemagne, se rattache à l'infection syphilitique de l'organisme. Cette altération est l'une des formes de la syphilis viscérale, mais elle n'est pas celle qui est le mieux caractérisée, car il est souvent difficile de la distinguer des lésions ayant une autre origine, si ce n'est dans les cas où elle a pour siége l'organe hépatique. C'est par conséquent seulement par sa concordance avec d'autres lésions syphilitiques qu'on peut lui accorder une origine spécifique.

La seconde forme de la syphilis viscérale est la forme gommeuse, plus distincte que la précédente. Celle-ci se trouve caractérisée par la présence de tumeurs d'une coloration et d'une consistance variables suivant la période de leur évolution. Du volume d'un pois, d'une lentille, d'une noisette ou d'une noix, ces tumeurs sont en général grisâtres et consistantes au début, et plus tard elles deviennent molles, jaunâtres. Dans certains cas cependant elles ont tout d'abord, et ceci leur a valu leur dénomination, une coloration grisâtre et une consistance presque liquide, analogue à une solution de gomme. Ces tumeurs occupent la superficie ou la profondeur des viscères, et ceux dans lesquels elles se trouvent habituellement sont, en première ligne, le foie, puis les centres nerveux, les testicules, les poumons, les reins, la rate et les glandes lymphatiques disséminées à la surface ou agglomérées dans la profondeur des organes ; les gommes offrent des caractères microscopiques qui permettent de les différencier le plus souvent des lésions qui pourraient les simuler. Au volume, à la consistance déjà signalés il faut ajouter un caractère des plus importants parce qu'il se retrouve dans la plupart des faits publiés jusqu'à ce jour, c'est, au pourtour de la tumeur gommeuse, l'existence d'un tissu fibreux grisâtre et vasculaire qui tranche manifestement sur le produit morbide auquel il forme une zone toute particulière. Dans le foie, qui est par excellence l'organe des lésions viscérales syphilitiques, ce caractère est en général parfaitement tranché, mais il existe encore dans d'autres organes, et nous le voyons encore signalé dans une observation de gomme de poumon rapportée par M. Cornil. La présence de ce tissu fibreux dense et résistant, au lieu du produit gommeux, rend d'ailleurs parfaitement compte de ces sortes de cicatrices, et même de l'existence de certaines membranes d'apparence kystique qui se

rencontrent fréquemment dans les organes des individus atteints de manifestations syphilitiques, et qui doivent être regardées comme des traces de gommes résorbées.

Dans le cerveau, comme dans le foie et d'autres viscères, il reste souvent à la suite des productions gommeuses résorbées un tissu fibreux d'apparence membraneuse et généralement vasculaire.

Ainsi, la gomme viscérale peut disparaître après un certain temps, mais parfois aussi elle s'incruste de matière calcaire et persiste pendant fort longtemps; des faits mettent hors de doute cette modification de la gomme des viscères.

Les caractères microscopiques des gommes viscérales ne diffèrent pas de ceux qui appartiennent aux gommes du tissu cellulaire ou des muscles; ces caractères, qui n'ont rien d'absolument spécifique, ont été décrits tout d'abord en France par MM. Lebert, Verneuil, Robin et Follin; en Allemagne par M. Virchow.

D'après les histologistes français, des noyaux petits, ronds ou ovoïdes (cytoblastion de Robin), une substitution amorphe, quelques cellules, tels sont les éléments constitutifs de la gomme, mais ces éléments n'ont rien de caractéristique; toutefois, dit M. Lebert, leur arrangement peut avoir quelque chose de spécial. La gomme, suivant M. Virchow, est constituée par une prolifération des éléments du tissu conjonctif; une planche qui se trouve dans l'ouvrage de cet anatomiste fait voir les différentes phases d'évolution que subissent les cellules plasmatiques avant de constituer la gomme.

Quoi qu'il en soit sur ce point, les histologistes français et allemands ont vu les mêmes éléments, et ils ne diffèrent que dans l'interprétation de ces éléments : les uns admettant la théorie de l'exsudation, les autres la théorie de l'endogenèse.

En somme, les uns et les autres ont vu dans la gomme des éléments de tissu conjonctif tantôt en voie d'évolution, tantôt en voie de régression. Aussi la composition histologique de ces produits est-elle très-variable suivant la phase d'évolution dans laquelle on les examine. Les tumeurs gommeuses sont en général peu ou pas vasculaires, il ne se forme pas dans ces produits de nouveaux vaisseaux, ainsi qu'il arrive pour certains cancers par exemple.

Jusqu'ici la gomme n'a aucun caractère histologique qui se caractérise; cependant il n'en serait pas ainsi au dire de E. Wagner, qui, dans un article que j'ai déjà eu l'occasion de citer, sur le syphilome, prétend que si jusqu'ici on n'a trouvé

aucun caractère spécifique à la gomme, c'est qu'on a toujours examiné ce produit dans une phase avancée de son évolution ; dès le début il serait parfaitement reconnaissable à des alvéoles particuliers dans lesquels se trouvent groupés des noyaux et des cellules.

Ce qui caractérise la troisième forme de la syphilis viscérale, la forme cicatricielle, c'est la présence à la surface des organes de sillons ou de dépressions cicatricielles ; le foie est encore le siége principal de cette forme qui semble tenir tantôt à une hépatite partielle, tantôt à une gomme hépatique résorbée. A côté des sillons on trouve en effet des excavations qui semblent dues à l'existence extérieure d'un produit gommeux. Les atrophies partielles résultant de l'oblitération d'une branche vasculaire peuvent simuler les sillons syphilitiques, mais la dépression dans ce dernier cas, correspond à la direction normale des vaisseaux. Enfin les abcès du foie guéris permettent ordinairement de constater encore la présence de quelques globules de pus, et, d'ailleurs, les cicatrices sont en général uniques dans ce cas. Les cicatrices de la surface des poumons considérées comme une conséquence de la guérison des tubercules sont peut-être aussi, dans quelques cas, un résultat de l'existence antérieure de produits gommeux qui ont fini par se résorber, tandis que, chez les nouveau-nés, les abcès du thymus et ceux des poumons, signalés par M. Dubois et par M. Depaul, ne sont probablement que des gommes ramollies.

A ces différents modes anatomiques il faut ajouter que la syphilis semble encore produire assez fréquemment la simple hypertrophie des glandes vasculaires, rate, corps thyroïde, capsule surrénale, ganglions lymphatiques C'est là pour ces organes un quatrième mode d'altération dont l'atrophie ultérieure est la conséquence.

Quoi qu'il en soit, le siége de l'altération syphilitique des viscères est la trame du tissu conjonctif qui entre dans leur composition ; les éléments propres à chacun des organes ne s'altèrent que consécutivement.

Les troubles fonctionnels qui se rattachent aux diverses altérations que je viens de signaler sont évidemment fort variables, non-seulement avec chacun des organes lésés, puisque chaque organe manifeste sa souffrance par le désordre de la fonction qui lui est dévolue, mais encore avec les différentes formes établies. Ainsi, l'hépatite interstitielle syphilitique s'accompagne le plus souvent d'ascite (observations de M. Leudet). L'hépatite gommeuse, au contraire, n'est que rarement suivie d'hydropisie.

En revanche, on l'a vue coïncider avec un ictère (Frerichs), alors qu'une gomme comprimait les canaux hépatiques.

Il en est de même pour la poitrine; la pneumonie chronique se traduit par du souffle; les gommes des poumons pourront donner lieu à ce même phénomène à un moment donné, mais souvent, comme les gommes du foie, elles ne se manifesteront par aucun trouble apparent.

On peut donc dire que la forme inflammatoire interstitielle produit des phénomènes plus permanents et plus manifestes que ceux qui appartiennent à la forme gommeuse, et cela dans le foie, le cerveau et autres organes.

Cette distinction une fois établie, comment est-il possible de diagnostiquer les affections viscérales syphilitiques?

Dès l'instant qu'il n'existe aucun trouble spécial se rattachant à ces affections, il est bien évident que c'est en s'appuyant sur l'ensemble des symptômes, sur la marche et l'évolution de la diathèse syphilitique, qu'on pourra arriver au diagnostic; en un mot, c'est plutôt le diagnostic de la syphilis elle-même qu'il faut établir.

Les signes qui doivent servir en pareille circonstance se tirent des antécédents des malades, des circonstances dans lesquelles ils se sont rencontrés, des affections extérieures concomitantes, et enfin de l'existence d'une cachexie spéciale.

L'âge des malades est important à considérer; la syphilis est souvent héréditaire, et elle peut se faire voir peu de temps après la naissance; lors donc que chez un nouveau-né on constate de l'amaigrissement, de la chlorose, un développement incomplet, on doit penser à la syphilis, mais à la vérité on n'aura de certitude à cet égard qu'autant qu'il existera des manifestations et, en général, des manifestations secondaires chez les parents.

Un homme dans la force de l'âge, habituellement bien portant, est tout à coup pris de convulsions ou mieux d'une paralysie qui a été précédée de maux de tête violents, la vue s'est troublée, il a du strabisme, on doit encore penser à la syphilis; on pourra affirmer d'une façon assez certaine l'existence de cette maladie si l'on constate à la surface de la peau des tubercules, de l'ecthyma, des cicatrices, ou bien si du côté des os on rencontre des exostoses, de la carie ou de la nécrose, si l'on trouve le voile du palais détruit ou perforé, le pharynx cicatrisé. Mais je suppose qu'aucune de ces altérations appréciables à la vue ne vienne à se rencontrer, le diagnostic n'est pas pour cela impossible, car alors le foie, augmenté de volume, bosselé à sa surface ou profondément atrophié sur certains points et adhérent au diaphragme et aux côtes, sera

encore un point de repère suffisant. Les urines, en pareille circonstance, pourront quelquefois se trouver albumineuses.

En dernière analyse, l'existence d'une cachexie spéciale ne se liant ni à une lésion cancéreuse ou tuberculeuse, ni aux maladies paludéennes ou saturnines, sera d'un grand poids pour faire rattacher à la syphilis les troubles cérébraux en question.

Ainsi, je ne puis trop le répéter, le diagnostic de la syphilis viscérale ne se fonde pas sur le trouble particulier de l'organe lésé, mais sur un ensemble de circonstances et de symptômes se rattachant tous à la maladie syphilitique, et commençant par le chancre qui est l'accident primitif et finissant par la cachexie qui est la manifestation ultime de la maladie syphilitique.

Un point sur lequel il est important d'insister, c'est que les lésions extérieures concomitantes de la syphilis viscérale sont presque toujours des accidents tertiaires; si donc un malade atteint d'affection pulmonaire, hépatique ou cérébrale, présentait en même temps une syphilis secondaire, le diagnostic serait plus incertain. Il y a toutefois bien des cas connus dans lesquels les altérations tertiaires ont débuté par les organes profonds, au moment où la peau et les muqueuses n'en étaient encore qu'à la période secondaire.

Le traitement de la période tertiaire est presque exclusivement applicable à la syphilis viscérale, cependant il ne faudrait pas être trop absolu à cet égard. Il y a deux circonstances dans lesquelles le mercure est utile, c'est d'abord lorsque les organes profonds sont pris alors que les manifestations cutanées ou muqueuses sont encore secondaires, c'est ensuite lorsque le malade est vierge de tout traitement antisyphilitique général. Que si au contraire du mercure a déjà été absorbé en quantité plus ou moins grande, l'iodure de potassium, avec tous les adjuvants de l'état cachectique, est le remède par excellence. Dans le cas opposé, c'est le traitement mixte, mercuriel et iodique, qu'il convient de mettre en usage. Mais dans l'une et l'autre circonstance, il faut agir vite, à doses élevées; il faut ne pas perdre de temps à préparer le malade, à le soumettre aux médicaments vulgaires de l'état cachectique; c'est le virus syphilitique qui engendre cet état, c'est donc lui qu'il faut combattre directement. Avec ces seules données thérapeutiques, la syphilis viscérale, si elle est reconnue avant que de grands désordres du côté de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen se soient produits, cédera aussi facilement que celle des organes extérieurs. Ce n'est souvent qu'à cette circonstance que ses premiers signes échappent aux yeux du médecin, qu'elle emprunte la gravité qui la caractérise.

Dans le cas d'une maladie intestinale coïncidant avec une éruption syphilitique secondaire, si l'injection vasculaire seule et sans ulcération a réellement une valeur spéciale, il faut reconnaître qu'elle a pu souvent échapper à l'observation, car son histoire n'est pas encore faite, et ses caractères restent à étudier au point de vue anatomique.

Mais dans la période tertiaire, ce n'est plus seulement le tégument externe ou interne qui est le siége de la lésion, ce sont les organes plus profonds, et alors le tissu cellulaire joue un grand rôle dans l'apparition des nouveaux phénomènes. C'est par lui que des altérations graves se produisent dans le cerveau, dans le poumon, dans le foie, dans lesquels on trouve des épanchements fibro-plastiques en tout semblables à ceux qui ont lieu dans le tissu cellulaire sous-cutané, où ils constituent le symptôme désigné sous le nom de gomme ou de nodus. Or, la fréquence de ces gommes sous-cutanées étant très-grande, il ne serait pas étonnant qu'on en rencontrât de semblables dans le tissu cellulaire sous-muqueux de l'intestin, de même qu'on les voit si souvent dans celui de la langue, du pharynx et du voile du palais, où elles sont le début, soit de ces tumeurs bosselées, inégales, qui en ont imposé si fréquemment pour des affections carcinomateuses, soit de ces vastes ulcérations qui perforent ou qui détruisent la paroi pharyngienne postérieure, les piliers du voile du palais, et plus souvent ce voile lui-même.

Je ne serais donc pas étonné que les diarrhées chroniques qu'on observe quelquefois dans la cachexie tertiaire et contre lesquelles viennent échouer les moyens astringents ordinaires, fussent déterminées et entretenues par ces productions plastiques sous-muqueuses qui se ramollissent, suppurent et finissent par s'ulcérer comme celles de la peau.

Voici un fait qui me paraît propre à éclairer ce point douteux de diagnostic.

Observation I. — La nommée Cœuret entre, pour la seconde fois, à Lourcine, le 16 février 1854, enceinte de neuf mois et commençant déjà à sentir quelques douleurs d'enfantement. Dans les premiers jours de décembre elle avait quitté l'hôpital après un séjour de deux mois pour des tumeurs gommeuses sur diverses parties du corps, une ulcération du voile du palais et une périostose de l'un des tibias. Soumise alors pendant sept semaines à un traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 ou 3 grammes par jour, il avait fallu, à plusieurs reprises, le suspendre à cause de la diarrhée qui était presque continuelle. Cependant les accidents syphilitiques disparaissaient, et à

l'époque de sa sortie, qu'elle demandait pour des affaires urgentes, elle ne conservait guère plus qu'un peu d'empâtement sur la surface du tibia malade. Je n'insistai pas pour lui faire continuer plus longtemps son traitement ni pour la retenir à l'hôpital, parce qu'il y avait en ce moment quelques cas de choléra dans les salles et que je craignais que cette diarrhée si tenace ne l'y prédisposât.

Lorsqu'elle rentra, le 16 février, elle nous dit que, depuis sa sortie, le dévoiement avait continué et qu'il avait été plus fort que lorsqu'elle prenait l'iodure de potassium. Elle était entièrement décolorée et toute sa peau offrait la teinte pâle et jaunâtre des anémiques. Le lendemain de son entrée, elle accoucha d'un garçon assez chétif qui mourut au bout de quelques jours. L'accouchement, qui s'était fait facilement, n'arrêta pas la diarrhée, comme je l'avais espéré, et nous vîmes échouer tous les moyens employés, eau de riz avec sirop de coings ou de grande consoude, décoction blanche de Sydenham, diascordium, lavements astringents de toute espèce, opium sous toutes les formes. La malade, dont les extrémités présentaient un œdème considérable, finit par succomber dans le dernier degré de la faiblesse.

A l'autopsie, on trouva du liquide dans toutes les cavités séreuses, mais rien de particulier dans les poumons, dans le cœur, ni dans le foie, si ce n'est que tous ces organes étaient complétement décolorés. L'estomac paraissait sain ainsi que l'intestin grêle; mais dans toute l'étendue du gros intestin on voyait un grand nombre d'ulcérations, toutes arrondies et à divers états. Les unes, récentes, siégeant sur une base dure et large; les autres en plus grande quantité, à fond déprimé, gris, jaunâtre et livide; quelques-unes ne comprenant que la muqueuse et laissant parfaitement voir la couche musculeuse; d'autres plus profondes et ayant intéressé les fibres mêmes de cette couche. Dans plusieurs de ces dernières, les fibres musculaires étaient comme dilacérées et flottaient au milieu de l'ulcération. Toutes offraient un décollement de la muqueuse dans le pourtour de l'ulcération où il y avait un épaississement du tissu cellulaire qui formait comme un bourrelet arrondi avec une ouverture centrale. Il n'y avait aucun engorgement dans le mésentère.

Rien assurément de bien tranché dans les symptômes abdominaux observés pendant la vie de cette malade, et rien, à l'autopsie, dans les lésions constatées, ne peut me donner la certitude que j'ai eu affaire à une entérite provenant de la syphilis; mais on devra penser que ma présomption n'est pas dénuée de fondement, si l'on considère que les premiers symptômes du côté

de l'intestin ont commencé en même temps qu'il existait des manifestations tertiaires sur diverses parties du corps et notamment des gommes sous-cutanées. Que s'il est vrai que la diarrhée s'est fait voir à plusieurs reprises pendant le cours du traitement, il est vrai aussi qu'elle est devenue plus intense lorsque l'usage de l'iodure de potassium a été cessé. Si l'on considère que les ulcérations intestinales, tout en offrant à peu près les caractères de celles de l'entérite chronique simple, ressemblent néanmoins assez bien aussi, et par l'induration du tissu cellulaire sur lequel elles reposent ou qui les environne, et par les décollements de la muqueuse, et par les laciniures de cette membrane ou de la couche musculaire, et par la variété dans la profondeur de l'ulcération bornée quelquefois à la muqueuse et qui, d'autres fois, n'est arrêtée que par la tunique péritonéale; ressemblent, dis-je, sous beaucoup de rapports, aux ulcérations qui suivent le ramollissement des épanchements plastiques du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux buccal et pharyngien; si l'on pèse toutes ces circonstances, on avouera qu'il y a de grandes probabilités en faveur de mon opinion sur la nature de la maladie que j'ai eu à observer, et l'on ne s'étonnera pas que j'aie tenu grand compte de ce fait dans l'observation suivante.

Observation II. — Clémentine V..., âgée de trente et un ans, a été affectée il y a plusieurs années d'un rupia syphilitique très-grave dont elle a été traitée dans mon service. Elle rentre à l'hôpital le 23 mars 1854 pour une ulcération large et profonde de la paroi postérieure du pharynx et une céphalée très-pénible. Cette femme est faible, languissante : elle a les extrémités inférieures infiltrées, et souvent même l'œdème envahit le tronc. Elle nous apprend que depuis plusieurs semaines elle est tourmentée par une diarrhée presque continuelle, mais sans grandes coliques, et s'accompagnant seulement d'un sentiment de gêne et de malaise dans le ventre. Il y a de temps à autre, le soir, un petit mouvement fébrile ; le sommeil est mauvais.

Je cherchai à combattre la diarrhée par les astringents locaux et généraux et par les opiacés, mais ils ne produisirent aucune amélioration. Il en fut de même des lavements au nitrate d'argent sur lesquels je n'insistai pas longtemps, à cause des pincements pénibles qu'ils exerçaient dans l'intestin, surtout vers le rectum.

Quinze jours s'étant écoulés sans rien changer dans l'état de la malade qui s'affaiblissait de plus en plus et dont l'œdème augmentait, je pensai à agir sur l'intestin par un moyen spécial. Je prescrivis une solution d'un gramme d'iodure de potassium dans 125 grammes d'eau qui furent donnés en lavement. Puis

voyant que ce lavement était assez bien supporté malgré quelques coliques assez vives au moment et quelques heures après l'injection, j'en portai successivement la dose jusqu'à 5 grammes dans 200 grammes d'eau.

Au bout de vingt-cinq jours de ce traitement, les coliques diminuèrent progressivement, la diarrhée cessa complétement, l'œdème des jambes disparut, les forces revinrent peu à peu, la face se colora ; il y eut de l'appétit et du sommeil.

Le traitement interne ne pouvant pas être supporté, même à doses minimes, à cause d'une grande susceptibilité de l'estomac, on se borna à toucher tous les deux jours, et quelquefois plus, l'ulcération de la gorge avec une solution caustique d'iode; et sous l'influence de cette seule médication, elle marcha rapidement vers la cicatrisation.

La malade sortit de l'hôpital dans les premiers jours de mai, non pas guérie complétement, mais dans un état très-satisfaisant. J'ai eu depuis l'occasion de la revoir, et j'ai appris que la diarrhée n'avait pas reparu.

Si dans ma première observation j'avais pour assigner un caractère spécifique aux ulcérations intestinales les antécédents syphilitiques de la malade, dans celle-ci j'avais aussi pour me guider dans mon diagnostic le souvenir de l'affection qui s'était déroulée tout entière sous mes yeux; et de plus, en voyant l'ulcération du pharynx, j'étais bien en droit de supposer qu'il avait pu s'en former quelques autres de la même nature dans l'intestin; aussi, est-ce par cette considération que j'essayai l'iodure de potassium en lavement pour agir directement sur l'organe lésé.

J'ai vu souvent, en effet, que des ulcérations cutanées ou muqueuses, suites de gommes suppurées, n'étant plus influencées par le traitement interne, prenaient au contraire assez rapidement un très-bon aspect et marchaient vers la guérison, soit par un pansement avec une pommade iodurée, soit par un gargarisme d'iodure de potassium, soit par des attouchements avec la teinture d'iode simple ou caustique. Ce sont là des moyens que j'emploie très-souvent, le dernier surtout dont je retire de grands avantages. C'est ce que j'ai fait dans le cas présent pour la gorge de cette malade qui ne pouvait pas supporter l'iodure de potassium par l'estomac; et l'on a vu que ces seuls attouchements avaient suffi pour amener la cicatrisation de l'ulcération. J'étais donc fondé à croire que j'agirais de même sur les ulcérations supposées du gros intestin, et la cessation des coliques et de la diarrhée sous l'influence des lavements à l'iodure de potassium

à doses progressives semble démontrer que le résultat sur l'intestin a été le même que celui obtenu sur l'ulcération pharyngienne.

Je sais bien que ce résultat peut s'expliquer d'une manière différente et qu'on peut attribuer tout le bénéfice des lavements iodurés à l'absorption qui s'en fait par la surface intestinale plutôt qu'à une action locale. J'admettrais volontiers cette explication dans les cas où il n'y a pas de symptômes d'entérite; mais quand je me rappelle les ulcérations constatées sur le gros intestin de ma première malade, et que je vois chez celle-ci les mêmes symptômes à la même époque de l'évolution syphilitique, je ne puis me défendre de croire à l'existence de lésions semblables. Je me demande, d'ailleurs, si l'absorption peut être bien active dans un intestin aussi malade, et je ne comprends guère comment des lavements iodurés, qui, en définitive, sont assez irritants, n'auraient pas aggravé une inflammation intestinale de nature simple, au lieu de la guérir. Enfin, ce qu'il importe de ne pas perdre de vue dans cette observation, c'est l'amélioration, puis la guérison simultanée de l'ulcération pharyngienne et de la diarrhée sous l'influence du même mode de traitement local.

On a pu voir dans mon service, à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 18, une malade affectée aussi d'un rupia qui l'avait réduite, lors de son entrée, à un état de cachexie des plus avancés. Outre les productions écailleuses, noirâtres et épaisses et de nombreuses ulcérations cutanées consécutives à la chute de quelques-unes de ces croûtes, cette femme était tourmentée par une diarrhée intense contre laquelle échouèrent tous les moyens ordinaires.

Bien qu'il n'y eût chez elle aucune altération syphilitique fibreuse ou cellulaire appréciable, je pensai néanmoins que l'intestin pourrait être le siége d'ulcérations semblables à celles de la malade de ma première observation, c'est-à-dire de gommes sous-muqueuses ulcérées, et je prescrivis l'iodure de potassium en lavement. La malade en prit régulièrement tous les jours 4 grammes dans 250 grammes d'eau. Ces lavements furent très-bien supportés, et au bout d'un mois on en cessa l'usage, la diarrhée ayant disparu. Mais bientôt celle-ci revint avec une nouvelle intensité, peut-être par suite de quelques écarts de régime; bref, après six semaines encore du même moyen, la diarrhée diminua chaque jour, puis elle cessa pour ne plus reparaître. La malade put supporter le traitement interne mixte par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium; elle put prendre des bains de vapeur, des fumigations, etc.; ce qui avait été impossible tant qu'elle avait conservé la diarrhée, qui était une grande cause

d'affaiblissement. Aujourd'hui cette femme est loin d'être guérie de son affection cutanée; mais depuis longtemps elle n'éprouve plus de symptômes fâcheux du côté du ventre.

Je me rappelle avoir vu, il y a plusieurs années, avec le professeur Fouquier, un malade dont l'histoire figurerait très-bien à côté des trois précédentes. Je n'en ai malheureusement pas l'observation écrite, mais elle est encore parfaitement dans mon souvenir. Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, affecté de syphilis tertiaire caractérisée par une large ulcération du voile du palais et par une exostose de l'une des clavicules. Le malade avait fait en province une suite de traitements mercuriels tant pour cette affection que pour les précédentes.

Lorsque nous le vîmes, Fouquier et moi, il était dans la cachexie la plus avancée, sans force aucune, sans sommeil, sans appétit et tourmenté par une diarrhée continuelle. Je proposai immédiatement l'iodure de potassium sans tenir compte de l'état du ventre, et j'ai encore présente à la mémoire la répugnance qu'éprouvait Fouquier à laisser commencer ce traitement, tant il redoutait l'aggravation de la diarrhée. Je fis prévaloir mon opinion en insistant sur ce que, si l'on ne faisait rien à ce malade, il serait infailliblement mort avant peu de temps, et l'iodure de potassium fut donné à la dose de 1 gramme par jour, en même temps que le malade était mis à l'usage du lait d'ânesse.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration rapide eut lieu, et au bout de quinze jours la dose du potassium ayant été portée à 2 grammes, le malade pouvait sans inconvénient manger de la viande rôtie. Cependant, bien que ses forces revinssent graduellement, la diarrhée continuait et elle ne cessa entièrement qu'après cinq ou six semaines de traitement et à mesure que, d'un autre côté, l'ulcération du voile du palais se rétrécissait et que l'exostose était réduite à fort peu de chose.

Dans ce fait, l'analogie ne permet-elle pas de croire que l'intestin était le siége d'une lésion syphilitique tertiaire de la même nature que celle du voile du palais et de la clavicule, et que, comme les deux autres, elle a été guérie par le traitement interne? A l'époque où j'ai observé ce malade, je n'avais aucune donnée sur l'existence possible de l'entérite syphilitique, mais j'avais été frappé de cette diarrhée, que j'attribuais à l'état de faiblesse générale et aussi à l'usage presque immodéré qui avait été fait des préparations mercurielles, plutôt qu'à une lésion spéciale de l'intestin. Mais aujourd'hui je ne fais pas doute qu'il y avait, dans un point quelconque du tube digestif, des ulcérations du caractère de celles que j'ai indiquées dans ma première observation.

Il y a un fait remarquable dans la symptomatologie de mes quatre malades, c'est que chez aucun la diarrhée, qui était abondante, ne causait de coliques aiguës. A les entendre, c'était de la gêne, de l'embarras dans le ventre, plutôt qu'une douleur véritable. Or, ce caractère se rapprocherait de celui de l'entérite tuberculeuse, dans laquelle les intestins sont souvent criblés d'ulcérations et l'on sait que la plus grande ressemblance existe entre l'ulcération qui est la suite du tubercule scrofuleux, et celle qui succède au nodus syphilitique.

Si, toutes les fois qu'on est en présence d'affections diathésiques dans lesquelles on trouve un organe en dehors de ses conditions physiologiques normales, il est rationnel de se demander si cet organe subit seulement un trouble fonctionnel se rattachant à l'état général, ou si, au contraire, on ne doit pas craindre qu'il n'y participe par une altération organique spécifique, c'est surtout dans la diathèse syphilitique que ce précepte est utile à suivre, parce que, dans ce cas, on peut mieux combattre la lésion supposée par le traitement interne, et que souvent on peut agir directement sur elle par une médication locale, comme je l'ai fait sur le gros intestin.

Ainsi, dans la dernière observation que je viens de citer, j'ai employé, malgré la diarrhée, la médication antisyphilitique par excellence de la période tertiaire, et j'ai guéri mon malade, parce que heureusement il a pu la supporter, malgré l'état de débilité dans lequel il était. Dans ma seconde et dans ma troisième observation, j'ai agi directement sur la lésion supposée, alors que le traitement interne avait été impuissant et qu'il ne pouvait pas être toléré par l'estomac, et cette action directe a été couronnée de succès. Très-probablement j'aurais eu un résultat semblable et je n'aurais pas perdu la première malade, si j'avais osé continuer le traitement interne malgré la diarrhée, et surtout si j'avais tenté d'agir directement sur l'intestin.

Je n'ai que ces quatre faits à présenter pour appuyer mon opinion sur l'existence d'une altération intestinale de nature syphilitique. Je suis le premier à reconnaître qu'ils sont bien insuffisants à entraîner une conviction ; mais s'ils peuvent éveiller l'attention des praticiens et ouvrir une voie nouvelle à l'observation, leur publication n'aura pas été inutile.

Paralysies. — Les affections nerveuses syphilitiques vues par les auteurs anciens Ulric de Hutten, Sanchez, Astruc, Swediaur, etc., ont été, dans ces derniers temps, l'objet d'études sérieuses et ont donné lieu à des travaux remarquables, parmi lesquels il faut citer ceux de MM. Gros et Lancereaux, Gustave

Lagneau, Zambaco, sans compter les articles et les observations épars dans les journaux de médecine et les thèses inaugurales.

C'est sous forme de paralysie du sentiment et du mouvement, de chorée, d'hystérie, d'épilepsie, de névralgie et même, dit-on, d'aliénation mentale, que les affections nerveuses syphilitiques se traduisent. On trouve dans les ouvrages modernes des exemples très-curieux et peu contestables de ces diverses formes, mais il en est un certain nombre sur lesquels le doute est au moins permis ; aussi c'est avec une grande raison qu'un des auteurs que j'ai nommés, le docteur Zambaco, dit très-excellemment : « Un » malade est atteint de syphilis constitutionnelle qui a fait chez » lui acte de présence à plusieurs reprises, il ne s'ensuit pas » que toute affection survenant dans un organe quelconque soit » nécessairement l'expression de cette diathèse. La syphilis » n'exclut pas le développement des affections vulgaires, et » lorsque chez un individu qui a présenté ces signes certains de » la diathèse, il surgit une maladie du système nerveux, on doit, » avant d'accuser la vérole, rechercher dans la filiation des diverses » manifestations syphilitiques s'il y a des preuves ou des proba- » bilités qui autorisent un tel soupçon ; il faut examiner scrupu- » leusement et discuter chaque symptôme, car c'est là un » problème souvent fort difficile à résoudre ; en un mot, il faut » savoir tenir compte des coïncidences et des complications qui » ne sont pas sous la dépendance directe de la syphilis, mais qui » peuvent éclater pendant la durée de cette affection. » Préceptes fort sages assurément, que n'ont pas suivis ceux qui ont traité la question, M. Zambaco lui-même, car tous ils ont quelquefois attribué à la syphilis des affections complétement étrangères.

Ce sont les paralysies qui de toutes les affections nerveuses syphilitiques sont les mieux connues ou du moins celles dont on se rend mieux compte. Le cerveau et la moelle épinière étant contenus dans une boîte osseuse, qu'une ostéite, une carie, une nécrose ou une hyperostose les atteigne sur la surface interne, il en résulte une compression et bientôt une paralysie qui a lieu dans les parties les plus profondes de la masse nerveuse. Que les conduits destinés au passage de sortie des nerfs céphaliques ou rachidiens soient diminués ou oblitérés par le même mécanisme, c'est encore la paralysie de ces nerfs qui en sera la conséquence.

Mais la syphilis peut altérer directement le cerveau et la moelle vertébrale, des produits nouveaux pouvant se développer dans leur tissu, une compression d'un autre genre aura lieu dont les effets pourront être les mêmes, sans toutefois qu'il soit possible de les différencier. Ces produits de même nature, mais d'aspects

divers, sont l'infiltration diffuse de matière plastique décrite par le professeur Robin et par Virchow, ou de véritables tumeurs gommeuses semblables à celles que l'on rencontre dans d'autres organes.

Longtemps on a pensé que dans ces altérations soit de la boîte osseuse soit du tissu cérébral, la paralysie ne devait survenir que lentement et d'une manière progressive, mais c'est là une erreur, car des hémiplégies suites certaines de cette cause ont souvent paru aussi instantanément que si elles avaient été produites par un épanchement apoplectique. On ne voit pas pourquoi une tumeur syphilitique se conduirait différemment que celles de toute autre nature; or on sait que la substance cérébrale peut jusqu'à un moment donné supporter des compressions de longue durée et qu'à l'autopsie on ne croirait pas possibles.

Quelques auteurs ont donné comme cause de paralysie un état des méninges et du cerveau qu'ils ont désigné sous le nom d'encéphalite et de méningite syphilitiques; mais dans la plupart des faits cités, l'autopsie n'a pas eu lieu, et dans ceux où elle a été faite, comme, par exemple, dans un cas cité par M. Rayer, la méningite n'était certainement que la conséquence d'une maladie des os.

J'en dirai autant de l'encéphalite et du ramollissement cérébral: ces deux états peuvent exister avec une compression de la périphérie au centre ou du centre à la périphérie, par conséquent avec une ostéite ou avec une gomme, mais ils leur sont toujours secondaires. Aucun fait positif ne peut, du moins jusqu'à ce jour, démontrer qu'il n'en est pas ainsi.

L'hyperesthésie est souvent la première période de la paralysie, parce qu'elle dépend de la compression du nerf. Vidal (de Cassis) et M. Cruveilhier en ont observé des exemples sur le nerf trifacial. M. Piorry a traité une sciatique produite par une exostose, et j'ai eu moi-même l'occasion d'observer pareil fait qui précédait la paralysie et qui fut guéri par l'iodure de potassium.

La paralysie du nerf facial, qui peut certes accompagner l'accident tertiaire, est plus commune dans l'accident secondaire lors de l'engorgement du ganglion préauriculaire. La coexistence de l'anesthésie avec la paralysie faciale a fait diagnostiquer l'origine cérébrale, mais c'est une erreur, l'hyperesthésie pouvant très-bien accompagner les paralysies suites des maladies des os, et sans que le cerveau y participe.

Parmi les paralysies de l'œil, celle de la troisième paire est une des plus fréquentes. Rarement elle se voit dans la période secondaire, et alors elle débute brusquement. Le plus ordinairement

elle est due à la compression par exostose et rentre dans les accidents tertiaires, avec lesquels on l'observe le plus ordinairement. M. Lagneau fils en a rapporté des exemples qu'il a empruntés à MM. Rayer, Ricord, Constantin Paul. Cette paralysie est rare des deux côtés : il y a strabisme externe. Le plus ordinairement les malades accusent voir double et se plaignent de l'affaiblissement de la vue. L'accommodation de l'œil n'est pas régulière.

Quelquefois il n'y a que paralysie de la paupière supérieure, surtout au début, la diplopie n'a lieu que dans un degré avancé.

On l'observe après les accidents secondaires et le plus ordinairement avec un autre symptôme tertiaire.

La paralysie du nerf moteur oculaire externe est une affection assez rare dans la syphilis : le principal phénomène qui caractérise la paralysie est l'adduction du globe oculaire avec abduction très-difficile ou même impossible.

Elle a été observée par beaucoup d'auteurs, mais décrite avec soin par M. Beyran qui en a fait le sujet d'un travail fort curieux. Le premier de ses malades était atteint d'accidents tertiaires précédés de symptômes secondaires et quatre ans après les chancres de la verge. Le second deux ans et demi après un chancre induré de la verge et peu de temps après des accidents secondaires traités par le mercure. Le troisième trois ans après un chancre à la face suivi des symptômes secondaires traités par le mercure : ce troisième malade a été vu par moi, sur la prière de M. Beyran ; j'ai diagnostiqué comme lui une paralysie syphilitique et proposé d'insister sur l'iodure de potassium à hautes doses, qui a eu pour résultat la guérison de la paralysie de l'œil. Il est rare qu'avec le même traitement on ne vienne pas à bout de toutes les paralysies syphilitiques.

J'ai observé dans la pratique civile un monsieur de quarante ans, affecté de paralysie du moteur oculaire commun, chez lequel deux praticiens très-distingués avaient diagnostiqué une paralysie progressive qu'ils avaient traitée par l'iodure de potassium à petites doses. Dans l'hiver qui suivit, il fut pris de tubercules syphilitiques cutanés pour lesquels un traitement mercuriel fut employé. Dès lors mon siége était fait, et je ne doutai pas que la paralysie oculaire ne fût de nature syphilitique. Je lui donnai donc de l'iodure de potassium à hautes doses pour prévenir le retour de cette paralysie qui avait déjà presque disparu en entier, ce qui prouve qu'avec une paralysie oculaire il faut toujours s'enquérir des antécédents du malade et savoir de lui s'il n'a pas eu quelques symptômes de vérole.

Deux exemples seulement ont été publiés par M. de Græfe de la

paralysie de la quatrième paire qui est caractérisée par de la diplopie et par l'abaissement de la cornée du côté paralysé. Cette paralysie est souvent méconnue, et c'est pour cela sans doute qu'il y en a moins d'observations. Pour mon compte, je n'ai jamais eu occasion de la voir : si j'avais à la traiter, j'emploierais pour elle les mêmes moyens que pour les autres paralysies syphilitiques.

L'*amaurose* syphilitique est un symptôme fréquent de la syphilis, si par ce mot on entend l'obscurcissement de la vue arrivé d'une façon chronique. On a cru longtemps que cette cécité était due à un simple trouble dynamique, mais cette opinion ne saurait plus être acceptée sous sa forme absolue. Des oculistes, et le docteur Follin entre autres, dans les nombreux examens qu'ils ont faits de prétendues amauroses syphilitiques, ont pu avec l'ophthalmoscope découvrir souvent une lésion des membranes profondes de l'œil. Cependant l'amaurose peut être le résultat d'une gomme ou d'une maladie des os.

L'inflammation de la rétine, plus fréquente, se présente sous la forme de rétinite congestive et exsudative ; c'est presque toujours sous la forme chronique qu'elle se fait voir dans la syphilis. La choroïdite qui se présente sous les mêmes formes la précède le plus souvent ; comme dans la rétinite il y a hypérémie de la membrane et du développement des vaisseaux. Dans le choroïdite exsudative, il y a subséquemment un épanchement de lymphe qui peut ne pas empêcher la vision, mais qui la rend trouble. Les malades dans ce cas distinguent encore les gros caractères, mais ils sont incapables d'en lire de fins. Un traitement soit mercuriel soit iodique éclaircit la vision et peut très-bien les guérir. L'épanchement du liquide qui se fait entre la choroïde et la rétine amène souvent le décollement de cette dernière membrane. Ce caractère est facilement observé à l'aide de l'ophthalmoscope, et le décollement de l'iris peut exister sans choroïdite et rétinite, mais alors on peut se demander si elle appartient bien à la syphilis.

Il en est de même de l'atrophie de la pupille que M. de Græfe a rattachée à la syphilis, mais j'avoue que je ne l'ai jamais observée ; j'ai vu plus souvent les corps flottants dans le corps vitré et dans l'humeur aqueuse chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle, mais je suis loin de me prononcer sur leur nature spécifique, et je me demande s'il n'y a pas une simple coïncidence : en tous cas, la prudence veut qu'on leur adresse un traitement spécifique.

La *paralysie de l'ouïe* est ordinairement produite par une lésion de l'oreille ou par une ulcération laryngée, et alors elle se fait voir dans la période secondaire en même temps que les plaques

muqueuses, et l'on conçoit qu'il y ait trouble et non pas paralysie de l'ouïe. Celle-ci est plus grave lorsqu'il y a oblitération du conduit auditif ou maladie des os. La cophose sans paralysie appréciable est un symptôme qui n'a pas en syphilis une grande valeur et sa nature spécifique est au moins très-problématique.

La *paralysie de l'odorat* ne s'observe guère qu'avec une maladie des os, des narines, et rentre par conséquent dans les affections osseuses tertiaires.

Paralysie de la langue. — Deux fois j'ai observé de la difficulté à parler et à rassembler convenablement leurs idées chez des individus qui m'avaient présenté des paralysies de l'œil en même temps que des symptômes tertiaires manifestement syphilitiques. Comme ces deux individus s'étaient trouvés parfaitement bien pour leur paralysie oculaire de l'iodure de potassium, je les ai soumis au même traitement, et la paralysie de la langue disparut comme avaient disparu les symptômes tertiaires.

Faut-il regarder comme une paralysie syphilitique un cas de manie extatique que je lisais dans ces derniers temps dans un journal de médecine? Il s'agissait d'un capitaine encore jeune, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution moyenne. Indifférent dans ses accès d'extase, il restait immobile, le regard fixe, la physionomie abattue, la respiration lente, le pouls déprimé mais régulier. Après l'accès, il était dominé par des craintes profondes; il parlait peu, et toujours pour se plaindre d'un côté ou de l'autre. Traité d'abord par des affusions froides et à l'intérieur par la solution de Fowler à doses moyennes, il n'en ressentit aucun bénéfice, mais comme il avait eu la vérole et qu'il portait des symptômes apparents de cette maladie, il fut soumis à l'iodure de potassium, et sous son influence, sa vésanie disparut complétement.

Traitement des accidents tertiaires. — Autrefois on traitait la syphilis tertiaire ou la syphilis secondaire tardive par des préparations complétement empiriques dont la base était un principe minéral, quoiqu'elles passassent pour des tisanes simplement sudorifiques, parmi lesquelles je citerai la tisane de Feltz qui n'agissait guère que par l'antimoine qu'elle contient, surtout chez les individus qui avaient été très-mercurialisés; la tisane de Zittermann, celles de Pollini, d'Arnoud, de Vigaroux; celle de salsepareille simple.

On croyait aussi qu'on pouvait prévenir la syphilis tertiaire par un traitement mercuriel prolongé contre les accidents secondaires, mais, comme je l'ai dit déjà, le mercure ne prévient rien, trop heureux encore quand il guérit les accidents auxquels on l'oppose.

L'accident tertiaire n'est pas dû à un défaut de traitement, mais il est inhérent à la constitution de l'individu qui en est affecté.

En 1835, Wallace (de Dublin) employa contre la syphilis indistinctement l'iodure de potassium, mais c'est à M. Ricord que l'on doit l'usage de ce sel presque exclusivement à la période tertiaire, et c'est effectivement quand le mercure n'agit plus et que même il devient nuisible que l'iodure de potassium rend des services éminents. Malheureusement la plupart des médecins voyant dans l'iodure de potassium un antisyphilitique par excellence, l'appliquent aussi bien à l'accident primitif et secondaire qu'à l'accident tertiaire; aussi ont-ils des mécomptes, et ce médicament, qui est d'une utilité incontestable dans les maladies du tissu cellulaire, du tissu fibreux et des os, est-il d'une valeur presque nulle contre l'accident secondaire précoce où il n'est jamais capable de remplacer le mercure.

Pour agir efficacement, l'iodure de potassium doit être donné à des doses suffisantes, comme, par exemple, de 1 à 4 grammes successivement, ce que ne font pas la plupart des médecins, qui se contentent de 50 centigrammes au plus par jour et ont des déboires à la période tertiaire. Il est rare, toutefois, que l'on soit obligé de dépasser 4 à 6 grammes, quoique M. Puche, par exemple, l'ait donné à 40 et 60 grammes dans les vingt-quatre heures, dose à laquelle lui seul l'a administré, sans obtenir cependant plus de résultats qu'avec celle que j'indique, et qui m'a suffi pour combattre des symptômes tertiaires très-graves. Les enfants n'ont pas besoin d'une aussi grande quantité d'iodure de potassium que les adultes. Dans la syphilis héréditaire, le symptôme tertiaire est très-rare : j'en ai cité un cas remarquable dans mon introduction. — 20 à 25 centigrammes quand ils sont infectés héréditairement; 50 centigrammes dans un âge plus avancé, sont très-suffisants en général. Ce n'est qu'au bout de quelques années qu'on doit leur ordonner 1 gramme et même plus. — Ce médicament doit toujours leur être administré directement.

On est souvent embarrassé pour savoir pendant combien de temps il est nécessaire de continuer l'usage de l'iodure de potassium lorsque les accidents ont cessé, de même qu'on est embarrassé pour connaître à quelle époque on doit cesser l'usage du mercure dans les accidents secondaires. C'est une question que la pratique seule résout; on peut cependant dire d'une manière générale que, quand l'accident a disparu, il est prudent de continuer l'usage du sel iodique pendant un mois ou six semaines environ, mais en en diminuant la quantité.

L'iodure de potassium, si puissant pour arrêter la formation

plastique tertiaire, n'est pas sans danger : ainsi, il y a une vingtaine d'années j'ai lu à la Société de chirurgie un travail sur les accidents occasionnés par l'iode, et qui a été publié dans le premier volume de ses mémoires. Dans ce travail, j'ai indiqué l'influence nuisible que l'iodure de potassium a sur la peau et qui a été déjà signalée par la plupart des auteurs. Ainsi il produit des pustules d'acné qu'il ne faut pas confondre avec l'acné ordinaire, car elles se voient sur les individus qui n'en ont jamais été atteints, quelquefois seulement en commençant le remède, quelquefois aussi, mais plus rarement, pendant tout le temps qu'on en fait usage. Les taches d'érythème simple semblable à l'érythème ordinaire et dans lesquelles il semble qu'il n'y a pas eu production de pustules acnoïdes sont le plus ordinairement prurigineuses, elles cessent soit naturellement, soit quand on interrompt le traitement iodique.

Sur les muqueuses, l'iodure de potassium a une action irritative qui n'est pas rare : ainsi on le voit déterminer de la conjonctivite, de l'angine, de la bronchite, qui sont au tégument interne ce que l'érythème est au tégument externe. — Le coryza surtout se voit chez les individus qui commencent l'usage de l'iodure de potassium, et, chose remarquable, si l'on augmente la dose du médicament le coryza cesse de lui-même. Beaucoup de malades ne se doutent pas que c'est à son influence qu'est due l'inflammation de la pituitaire, mais ce phénomène n'échappe pas au médecin qui en a l'habitude.

Je signalerai aussi cette espèce de salivation qui ne ressemble à la salivation mercurielle que par son abondance, quelquefois très-grande, et qui peut être comparée avec plus de justesse au ptyalisme des femmes enceintes. M. Ricord l'a notée dans un mémoire qu'il a inséré dans le *Bulletin de thérapeutique* de septembre 1842. Le docteur Sperino a vu deux fois aussi une salivation intense produite par l'iodure de potassium. Suivant le docteur Mackall (de Maryland), l'iode aurait deux fois provoqué la salivation entre ses mains. J'ai vu semblable chose plusieurs fois, mais je dois dire que c'est chez des malades qui, antécédemment, avaient subi un traitement par le mercure. D'un autre côté, s'il faut en croire les rédacteurs du *Dictionnaire de médecine*, il y a quelques années que le docteur Knud aurait communiqué au *Journal d'Hufland* la découverte qu'il avait faite de la propriété que possède l'iode d'arrêter la salivation mercurielle. On lit dans les *Archives* que le docteur Cluge a employé cette méthode avec le plus grand succès à l'hôpital de la Charité de Berlin. J'ai voulu vérifier cette précieuse propriété et j'ai appliqué la teinture d'iode localement. J'ai fait prendre cette même teinture ou bien l'iodure de fer à l'in-

térieur à plusieurs malades affectés de salivations aiguës, et je n'ai pas vu que sa marche fût arrêtée et son intensité diminuée. Je dois dire aussi que j'ai vu quelques malades qui faisaient en même temps le traitement mercuriel et le traitement iodique avoir des salivations bien évidemment mercurielles, c'est-à-dire avec gonflement des gencives et de la langue, des ulcérations et l'odeur particulière à cette maladie. Il m'a paru évident que dans ce cas l'iode n'empêchait pas l'accident du mercure.

L'iodure de potassium détermine aussi des pincements d'estomac et des entérites qui en rendent l'absorption très-difficile chez certains individus. Il en est même, bien qu'en petit nombre, qui ne peuvent pas le supporter.

Sur certains organes, l'iodure de potassium détermine une action fâcheuse : ainsi, sur le cerveau de la céphalée, des éblouissements, des vertiges, une sorte d'ivresse à laquelle Lugol a donné le nom d'*ivresse iodique*. On a parlé aussi de phénomènes plus graves caractérisés par une sensibilité extrême, une disposition à la frayeur, et même par des symptômes ayant de grandes ressemblances avec ceux de l'hystérie.

Sur les reins tout le monde sait combien ces organes sont influencés par l'iodure de potassium qui en augmente la sécrétion et qui fait qu'on le retrouve presque en entier dans les urines au bout d'un temps très-court, et cependant plusieurs auteurs ont fait connaître les bons résultats qu'ils ont obtenus de l'iode dans les uréthrites aiguës ou subaiguës, médication que j'ai eu l'occasion de signaler, mais qui est presque abandonnée aujourd'hui.

Je ne dirai rien du cœur, parce que, bien qu'il se ralentisse un peu au commencement du traitement par l'iodure de potassium, il prend promptement plus de force quand le médicament agit comme reconstituant.

Le sang, pendant le traitement par l'iode, est plus fluide ; par conséquent plus disposé aux épanchements, c'est ce qu'on voit surtout pour certaines pétéchies de la peau, mais il cesse d'être tel à mesure que l'individu reprend de la force.

L'iodure de potassium, quoi qu'on ait dit, est noté comme exerçant facilement une action atrophique sur le système adipeux en même temps que sur les glandes, et nul depuis Coindet n'a mieux signalé cette action sur la graisse que le docteur Jahn dans un mémoire que l'on trouve dans le *Journal complémentaire ;* et cependant tous les médecins ont observé ce fait signalé par M. Ricord dans le mémoire que je citais il n'y a qu'un instant, que sous l'influence de l'iodure de potassium l'embonpoint aug-

mente. Voici donc deux résultats qui paraissent bien opposés et qui pourtant s'expliquent facilement. Que l'on fasse prendre de l'iode pendant quelque temps à des individus, seulement dans le but d'étudier son action sur l'économie, il en est qui n'éprouveront rien peut-être, mais quelques-uns en ressentiront certainement l'influence atrophique sur le système glandulaire et adipeux; que l'on donne au contraire la même substance à dose égale à pareil nombre de malades syphilitiques, et à cette période de la vérole à laquelle l'iode convient tant, je veux dire à la période tertiaire, ici la substance agira comme médication bienfaisante, qui annihilera le principe morbide, qui en débarrassera l'économie, qui permettra aux propriétés vitales de reprendre leur force et leur action; d'où le rétablissement de la nutrition, d'où le retour de l'embonpoint qui en est la conséquence.

Devant ces résultats bruts, d'amaigrissement d'une part et d'augmentation d'embonpoint de l'autre, sous l'influence de la même médication, la divergence d'opinion n'a plus rien d'extraordinaire, et l'on s'explique qu'il faut avoir souvent employé les mêmes moyens pour pouvoir l'apprécier et connaître les conséquences qu'il peut avoir. J'ai cité dans mon mémoire plusieurs observations d'atrophie des testicules sous l'influence de la teinture d'iode adressée à un suintement blanc habituel et succédant à une blennorrhagie. — J'en ai cité aussi des exemples à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium, notamment chez un médecin qui était syphilophobe et qui en avait pris une très-grande dose, à l'époque où ce médicament entra dans la thérapeutique antisyphilitique.

L'action de l'iodure de potassium sur les testicules est donc un fait incontestable, et si elle n'a pas été notée plus souvent et même si elle a été niée, c'est que bon nombre de fois elle n'a pas été appréciée, parce que les malades n'observent pas toujours les changements organiques qui peuvent survenir dans ces parties, et que, souvent aussi, c'est à la maladie qu'ils attribuent l'affaiblissement fonctionnel dont ils sont atteints.

L'action de l'iodure de potassium sur la glande mammaire n'est pas moins positive : On peut voir dans mon mémoire que ce médicament a eu sur les seins une influence fâcheuse chez une jeune femme à laquelle je le faisais prendre pour un symptôme tertiaire bien caractérisé, et chez laquelle même je dus continuer le traitement par la tisane de Feltz, parce qu'elle ne voulut plus entendre parler d'iode.

Cette action sur les seins a été mise en évidence par l'influence thérapeutique contre les engorgements de ces organes et même

contre la galactorrhée à la suite de couches, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation que M. Reisemberg (de Karolath) a rapportée. Une action si remarquable de l'iode sur une sécrétion exagérée doit, d'après les faits que j'ai consignés dans mon mémoire sur l'iodure de mercure et aussi de l'iodure de potassium, le faire proscrire chez les nourrices, dans la crainte qu'il n'altère la sécrétion normale. Les cas que j'ai observés m'autorisent à adopter cette manière de voir.

A l'exemple de quelques thérapeutistes, j'ai substitué l'iodure d'ammonium à l'iodure de potassium, je n'en ai pas obtenu de meilleurs succès; cette substance, que j'ai à peu près abandonnée, a les mêmes inconvénients que l'iodure de potassium et se donne à une dose un peu moindre.

J'ai aussi employé le bromure de potassium comme antisyphilitique des accidents tertiaires dans un petit nombre de cas parce qu'il m'a paru insuffisant. Je le donnais à la dose de 1 à 4 grammes par jour. Mon collègue à l'hôpital du Midi, M. Puche, n'a pas craint d'en porter la dose à 20 et 25 grammes dans les vingt-quatre heures, ce n'est qu'alors qu'il a observé de la céphalalgie, de l'ébriosité, de l'assoupissement. C'est un médicament sur lequel on ne doit pas compter.

Deux mémoires bien différents sur l'action de l'iode ont été adressés à l'Académie impériale de médecine par le docteur Boinet (de Paris) et par le docteur Rilliet (de Genève). L'un, M. Boinet, loin d'admettre les accidents d'amaigrissement et l'atrophie de certains organes que j'ai signalés, considère au contraire l'iode, pourvu qu'on l'associe aux aliments ordinaires, comme très-favorable à la santé, et même comme indispensable à l'existence. M. Rilliet, au contraire, a désigné sous le nom d'*iodisme constitutionnel* un état dans lequel il y aurait un véritable empoisonnement de toute l'économie par la substance dont nous nous occupons; mais l'opinion de M. Rilliet a été considérée par toute l'Académie comme trop absolue, ainsi que celle de M. Boinet, et ces deux auteurs ont paru trop exclusifs.

C'est sous forme liquide que l'iode doit être administré, car c'est un sel déliquescent qui ne peut guère être employé en pilules, comme on l'a proposé.

Il est un petit nombre de malades qui ne peuvent pas supporter l'iodure de potassium. On le remplace alors avec quelque avantage par l'huile de foie de morue, ou mieux, si elle ne peut pas être supportée, par l'huile iodée de Personne. Dans ce cas, ces médicaments doivent être donnés à hautes doses.

L'iodure de potassium ne constitue pas seulement une médica-

tion interne, mais il peut être employé avec avantage en application locale sous forme de pommade sur des tumeurs syphilitiques ulcérées, ou de gargarisme, dans les ulcérations tertiaires de la gorge ou dans la syphilis viscérale en onctions. Dans ce cas, il faut le dire, on se trouve très-bien de l'application de la teinture d'iode de préférence à l'iodure de potassium.

Dans ces derniers temps, le docteur Guillemin, chirurgien militaire, a publié un mémoire fort intéressant sur les avantages de la substitution de l'iode pur à l'iodure de potassium dans le traitement des maladies syphilitiques, et il donne pour raison que l'iode ne détermine pas de céphalée et de congestion du côté des muqueuses; mais cette substitution n'est pas heureuse, parce qu'avec l'iode on a, comme avec l'iodure de potassium, l'éruption d'acné du côté de la peau. J'ai pu m'en convaincre quand je l'ai donné comme emménagogue à des jeunes filles, et jamais il ne remplacera comme antisyphilitique l'iodure de potassium.

En terminant ce qui se rapporte aux symptômes tertiaires, il est une circonstance pénible à avouer pour le thérapeutiste, c'est qu'il est une forme de syphilis tertiaire qui résiste à l'iode employé sous toutes les formes, comme elle résiste aussi au mercure et aux moyens empiriques que j'ai indiqués, qui récidive avec une opiniâtreté désespérante et qui se rapproche beaucoup, par sa durée et sa ténacité, de la scrofule, avec laquelle elle est souvent confondue.

TABLE DES MATIÈRES

SECONDE PARTIE.

Des chancres.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.



TABLE DES PLANCHES

FIN DE LA TABLE DES PLANCHES.



